Rok XLIII. Kraków 6 Sierpnia 1904. Nr. 32.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki pedyatrycznej Prof. Jakubowskiego w Krakowie.

O cytologicznem badaniu wysięków i przesięków.

Podał

Doc. Dr. Ksawery Lewkowicz.

Zdawałoby się, że po wykryciu i wprowadzeniu do kliniki przez Ehrlicha w r. 1880 cytologicznego badania krwi, rozszerzenie tego sposobu badania na wszelkie płyny prawidłowe i nieprawidłowe i wyzyskanie jego wyników dla celów klinicznych nie powinno było dać długo na siebie czekać. Tymczasem, jeżeli pominiemy mniej ważne doniesienia Ehrlicha i Quinkego w roku 1882, pomiędzy pierwszą a drugą datą upływa okres 16-, względnie 20-letni, gdyż dopiero dzięki propagandzie Widala i jego współpracowników cytologia płynów patologicznych zyskała szersze zastosowanie. Tłómaczyć się to może okolicznością, że zwracano uwagę tylko na ilość składników komórkowych w tych płynach, a pomijano jakość. Mówiono ogólnie o ciałkach wypocinowych, nie przypuszczając, że można między niemi odnaleźć w zasadzie wszystkie odmiany białych ciałek krwi. Być może przyczynił się jednak do tego także zawód, jakiego doznała klinika co do cytologii krwi. Pierwotnie zdawało się, że cały szereg chorób będzie można odczytać wprost ze wzoru cytologicznego krwi; w miarę postępu doświadczenia szereg ten coraz bardziej szczuplał i spadł ostatecznie do jednej zaledwie jednostki chorobowej: białaczki. Nie znaczy to bynajmniej, żeby i przy innych chorobach nie można było uzyskać ze wzoru cytologicznego krwi cennej niejednokrotnie wskazówki dla rozpoznania lub rokowania, ale jedynie tylko w białaczce zachował on wartość bezwzględną.

To samo powtarza się i przy cytologii płynów patologicznych. Pierwotne wnioski tak Korczyńskiego i Wernickiego, jak i Widala i Ravauta, oparte na małej liczbie spostrzeżeń, były, jak się okazało, zbyt daleko idące. Mimo to korzyści badania cytologicznego są niejednokrotnie wielkie i badanie to zyska sobie niewątpliwie zasłużone prawo obywatelstwa wśród metod klinicznych, tembardziej, że chodzi o metodę, nie wymagającą złożonych przyrządów, łatwą w wykonaniu, nie zabierającą wiele czasu i szybko prowadzącą do wyników.

Zużytkowanie badania cytologicznego dla celów klinicznych należy datować od spostrzeżeń Korczyńskiego i Wernickiego (1), ogłoszonych w r. 1896. Tyczyły się one opłucnej i otrzewnej. W tym samym roku pojawiła się praca Winiarskiego (2), którego spostrzeżenia sięgają roku 1892, a który w zasadzie potwierdził wyniki Korczyńskiego i Wernickiego. Z pracy tej pojawił się w roczniku Virchowa i Hirscha za rok 1896 obszerny referat. Równocześnie prawie ogłosił Wenworth (3) spostrzeżenia odnoszące się do płynu mózgowordzeniowego. W następnym czasie zanotować należy pracę Bernheima i Mosera (4) z r. 1897 i pracę Pfaundlera (5) ze spostrzeżeniami cytologicznemi w zapaleniach opon mózgowordzeniowych. Pierwsze doniesienia Widala i jego współpracowników (6, 7, 9) pojawiają się w roku 1900. Prawie równocześnie pojawia się praca A. Wolffa (8), a wreszcie i moje doniesienia (10). Moje własne spostrzeżenia datują się od roku 1898, tyczą się głównie opon mózgowordzeniowych, ale także opłucnej i otrzewnej i były podjęte w łączności jedynie z ogłoszeniami Korczyńskiego i Wernickiego.

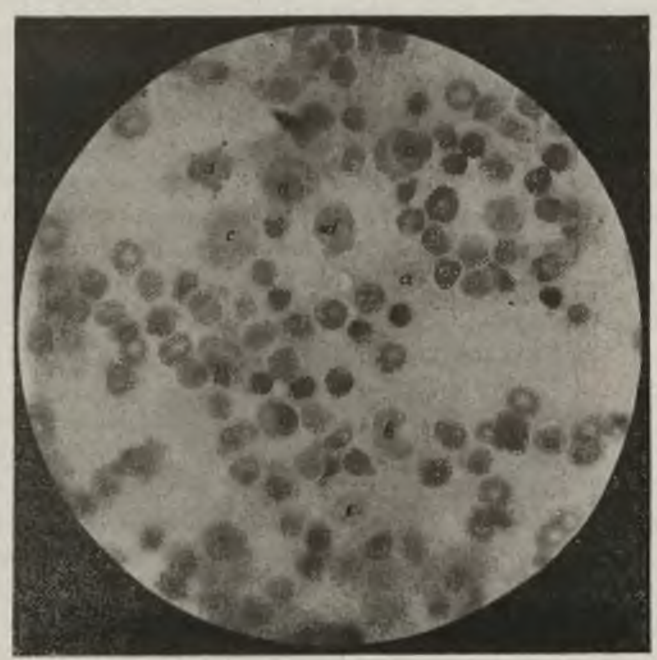
Ponieważ nowe pojmowanie wyników, jakie Widal wprowadził do badania cytologicznego, t. z. cytodyagnostyka, utrzymać się nie da, a samo badanie już przedtem było znane, zatem niesłusznem jest nazywanie cytologicznego badania nową metodą Widala. Zasługą Widala i jego uczniów jest tylko spopularyzowanie tego sposobu badania, jak to zdają się przyznawać także niektórzy badacze francuscy, np. Variot (79).

Technika. Wypociny ropne, lub silnie mętne, można bez poprzedniego przygotowania rozpostrzeć na szkiełku, gdyż zawierają one pierwociny komórkowe w dostatecznem zagęszczeniu. Wysięki o wejrzeniu surowiczem należy naprzód scentryfugować, najlepiej, jak to już zalecają Korczyński i Wernicki, w szkiełku z dnem lejkowatem. Osad uzyskany rozmąca się z cząstką płynu, pozostałą po zlaniu na dnie, zbiera włosowatą pipetką i rozpościera na szkiełkach. Po ustaleniu w piecyku przy 105—110°C barwi się jakimkolwiek barwikiem, służącym do zróżniczkowania rozmaitych odmian ciałek białych krwi, najlepiej tryacydem Ehrlicha. Dla zwykłych przypadków, mianowicie przy wysiękach o wejrzeniu surowiczem, barwienie to zupełnie wystarczy. Inaczej, gdy ciałka są zwyrodniałe, co szybko występuje w ropie. Trzeba wtedy zastosować kilka sposobów barwienia, nawzajem się kontrolujących. Innym znowu razem, celem wykazania zwyrodnień w ciałkach, wykrycia w nich glikogenu lub tłuszczu, trzeba użyć barwienia właściwego (Wolff 36); podobnie, gdy chodzi o uwydatnienie takich składników komórkowych, które przy tryacydzie się odrębnie nie barwią, np. komórek tucznych (Wolff 46, 97).

Niepożądanem powikłaniem jest wytworzenie się w płynie badanym skrzepu, który obejmuje część składników upostaciowanych i może zmienić obraz cytologiczny. Przy płynach łatwo krzepnących trzeba zatem albo naprzód płyn odwłóknić i dopiero centryfugować (Widal i Ravaut 6, Griffon 13), albo celem powstrzymania krzepnięcia dodać cytrynianu sodowego, lub kw. szczawiowego (Wolff 36), albo wreszcie, gdy skrzepik się już utworzył, kłócić go w płynie z kulkami szklanemi aż do maksymalnego zmą-

cenia, skrzepik następnie usunąć, a płyn scentryfugować (Widal 6).

Z błon surowiczych jedynie tylko opony zawierają także w stanie prawidłowym tak znaczną ilość płynu, że można z nich otrzymać materyał do badania cytologicznego. Wbrew pierwotnym twierdzeniom Widala (12) płyn ten zawiera stale małą ilość limfocytów (Lewkowicz 10, Widal 14). W obec tego celem odróżnienia chorobowego odczynu komórkowego musimy zwracać uwagę także na ilość tych składników. W płynie prawidłowym jest ich mianowicie tak mało, że po scentryfugowaniu nie otrzymujemy osadu makroskopowo widocznego (Lewkowicz 10, 47). Dokładniej można tę różnicę określić drogą liczenia przy pomocy kamery Zeissa. Sposób ten pierwszy zastosował Winiarski (2) do wysięków i przesięków opłucnej i otrzewnej. Otrzymywał on w 1 mm^3 przy wysiękach opłucnowych 270—9270 ciałek, najczęściej 1500—3000, przy przesiękach 60—300, przeciętnie 150. Przy wsysaniu płynów



Fotogram 1*). Wzór limfocytowy. Z przypadku zapalenia gruźliczego otrzewnej. Osad barwiony tryacydem Ehrlicha. *a*) Ciałka duże jednojądrzaste; *b*) ciałko jednojądrzaste przejściowe; *c*) ciałko jednojądrzaste z jądrem nietypowem; *d*) wolne jądra. Zresztą małe limfocyty, dające się rozpoznać po wązkiej obwódce pierwoszczy naokoło jądra, i ciałka czerwone. Powiększenie 500 : 1.

liczba ciałek rosła. Autor zwraca uwagę, że przy powstawaniu strzępów i skrzepów włóknika w płynie po wypuszczeniu liczba ciałek białych obniża się nieraz bardzo znacznie, dlatego trzeba liczyć zaraz po otrzymaniu płynu, nie czekając aż się utworzą skrzepy.

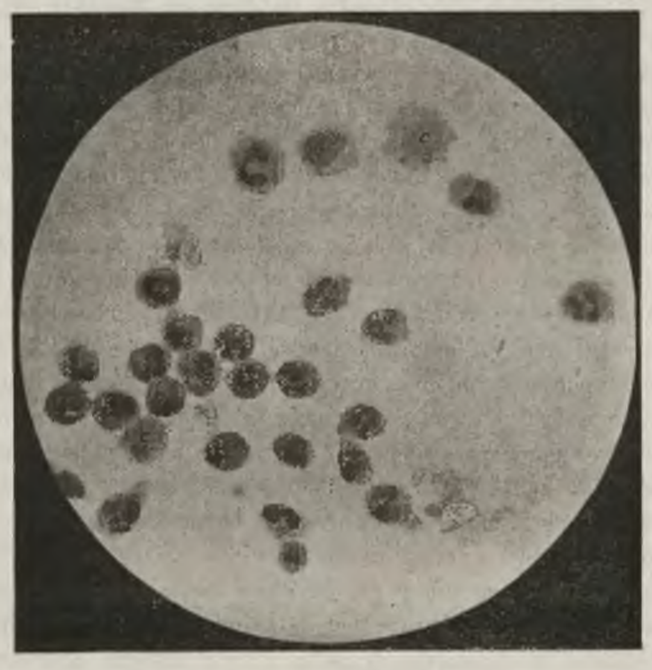
Gdy płyn jest bardzo ubogi w ciałka, jak to często się zdarza w płynie mózgowordzeniowym, trzeba go dla przeprowadzenia oznaczenia wzbogacić przez centryfugowanie (Laignel-Lavastine 24). Bierze się np. 5 ctm^3 płynu mózgowordzeniowego, centryfuguje przez 5—10 minut, zlewa, lub zbiera pipetą tyle płynu, że nad osadem zostaje tylko 0·5 ctm^3, osad w tej reszcie się rozmąca i w tym dziesięciokrotnie wzbogaconym płynie oznacza liczbę ciałek.

*) Fotogramy zostały wykonane w zakładzie weterynaryi prof. Nowaka.

Otrzymaną ilość trzeba podzielić przez 10. Według Laignel-Lavastina tylko wtedy można ilość limfocytów uważać za nieprawidłową, gdy jest większą niż 0,5 na 1mm^3. Takie ścisłe oznaczenie granicy może mieć znaczenie dla rozpoznania pewnych przewlekłych spraw zapalnych w oponach, przebiegających niekiedy tylko z małym odczynem komórkowym, jak to widzimy mianowicie w porażeniu postępującem i w wiądzie rdzenia. Tu pociągnięcie granicy między limfocytozą prawidłową a patologiczną jest też do pewnego stopnia dowolne (A. Delille i Camus 70).

Wzory. Badanie mikroskopowe osadów różnego pochodzenia poucza wkrótce, że między składnikami komórkowymi powtarzają się pewne stosunki, które za przykładem autorów francuskich nazywamy wzorami (*formules*).

Bardzo często (p. fotogram 1) limfocyty małe są prawie jedynymi składnikami, lub przeważają znacznie nad składnikami innymi, mianowicie nad ciałkami wielojądrzastemi. Mówimy wtedy o wzorze limfocytowym,



Fotogram 2. Wzór wielojądrzasty. Osad z płynu mózgowordzeniowego z przypadku zapalenia gruźliczego opon. Barwienie tryacydem Ehrlicha. *a*) Mały limfocyt; *b*) ciałko duże jednojądrzaste; *c*) śródbłonki. Zresztą ciałka wielojądrzaste, neutrofilne. Powiększenie 500 : 1.

a sprawę wypacania się tych składników nazywamy limfocytozą.

Gdy przeważają ciałka wielojądrzaste, mówimy o wzorze wielojądrzastym i polinukleozie (p. fotogram 2); jeżeli przytem między niemi ciałka eozynofilne są liczniejsze w stosunku do neutrofilnych, jak we krwi, to mówimy o eozynofilii.

Jeżeli przeważają wielkie komórki jednojądrzaste (duże limfocyty) mówimy o wzorze jednojądrzastym i mononukleozie.

Śródbłonki od dużych jednojądrzastych ciałek można odróżnić tylko wtedy, gdy mają kształt wielokątny, lub gdy występują w płatkach. Można wtedy mówić o wzorze śródbłonkowym i endoteliozie.

Wreszcie przy krwotokach do jam surowiczych osad może się składać głównie z ciałek krwi: wzór krwinkowy, erytrocytoza.

W wysiękach powstałych u chorych białaczkowych można stwierdzić ciałka białe bazofilne i myelocyty (Sicard i Monod 11). Wolff (46) znalazł w jednym przypadku wysięku opłucnowego przy wzorze limfocytowym 10% komórek tucznych; później jednak nie udało mu się po raz drugi napotkać podobnego wysięku (97). W płynach powstałych na tle nowotworowem mogą się znaleźć komórki nowotworu, lub inne trudno dające się określić. Przy puchlinie pochewki okołojądrowej zdarzają się nitki nasienne. W śpiączce murzynów znajdowano stale w płynie mózgowordzeniowym trypanosomy. Tego ostatniego jednak, podobnie jak znachodzenia się bakteryj, zakresem cytologii zwykle się nie obejmuje.

W sprawach zapalnych, które dają przeważny odsetek badanych przypadków, głównymi składnikami komórkowymi płynu są małe limfocyty i ciałka wielojądrzaste, neutrofilne. Zwykle jeden z tych składników znacznie przeważa nad drugim. Mamy więc albo wzór limfocytowy, albo wielojądrzasty, mniej lub więcej czysty; rzadziej tylko zdarzają się stosunki pośrednie. Oba te wzory zapalne, do pewnego stopnia zasadnicze, służyły za punkt wyjścia tak Korczyńskiemu i Wernickiemu, jak i Widalowi. Obok zasadniczego wzoru i jego czystości pewne znaczenie mają jednak także przymieszki, n. p. obecność lub nieobecność śródbłonków, makrofagów, ciałek czerwonych.

Przegląd wyników. Piśmiennictwo cytologiczne wzrosło w ostatnich latach do tak niespodziewanych rozmiarów, że zebranie wszystkiego, co w tym zakresie wogóle napisano, napotyka na niemałe trudności i opuszczenie tego lub owego doniesienia nie da się uniknąć. Sądzę jednak, że to, co poniżej zostało zebrane, wystarczy zupełnie, aby się zoryentować w tem piśmiennictwie i wyrobić sobie dokładne pojęcie o przedmiocie.

Wysięki z wzorem limfocytowym.

Wysięki gruźlicze mają z reguły wzór limfocytowy. Stwierdzają to już do pewnego stopnia dla wysięków opłucnej i otrzewnej Korczyński i Wernicki (1), przytaczając zdania autorów, że wszystkie surowicze wysięki i te z ropnych, w których nie udaje się udowodnić zwykłych drobnoustrojów ropnych, mają tło gruźlicze i dowodząc, że wysięki prawdziwie surowicze cechują się wzorem limfocytowym. Wenworth (3) znajduje ten sam wzór w gruźliczem zapaleniu opon i radzi ten szczegół zużytkować do celów rozpoznawczych. Bernheim i Moser (4) znajdują w tem cierpieniu jednak czasem znaczną przymieszkę ciałek wielojądrzastych, wyjątkowo nawet wzór wielojądrzasty (jeden przypadek na 62). Wzór limfocytowy przy zapaleniu gruźliczem opon stwierdził także i Pfaundler (5).

Widal i Ravaut (6) w gruźliczem surowiczem zapaleniu opłucnej, w zapaleniu t. zw samoistnem lub „z zaziębienia“ *(a frigore)*, znachodzili stale wzór limfocytowy. Limfocytoza miała być prawie zupełnie czystą; obok limfocytów stwierdzano jeszcze tylko ciałka czerwone. Widal i Ravaut uważali to zjawisko za cechujące, dające się wprost zużytkować do rozpoznania. Nie dali się zachwiać w tem przekonaniu okolicznością, że u chorych ze staremi zmianami, z jamami, wzór był inny, gdyż można to było tłómaczyć oddziaływaniem treści jam, zakażonych z reguły drobnoustrojami ropnymi. W takich przypadkach stwierdzano polinukleozę. Ciałka wielojądrzaste były jednak skąpe, przytem jakby stare, zniekształtnione, chore, o jądrze rozkawałkowanem, ziarenkach neutrofilnych zmienionych, niewyraźnych.

Dopter i Tanton (30) podnoszą nieobecność śródbłonków w gruźliczych zapaleniach opłucnej, co Widal i Ravaut (33) tłómaczą szybkiem tworzeniem się błony rzekomej, uniemożebniającej złuszczanie się. I według Wolffa (45) śródbłonków zwykle niema, jednak wyjątki z tej reguły wcale nie są rzadkie. Barjon i Cade (59) znachodzili śródbłonki w $^1/_3$ przypadków. Przytem spostrzegali oni, że limfocytozę poprzedza często początkowa polinukleoza. Zato obecność płatków śródbłonkowych wprost wykluczałaby przyrodę gruźliczą (Ravaut, 41), gdyż te znikają po 3—4 dniach trwania choroby (Widal, Ravaut i Dopter 58). W zapaleniu gruźliczem opon znajdujemy przeciwnie często mniejszą, lub większą przymieszkę śródbłonków, jak na to już Bernheim i Moser (4) zwracają uwagę.

Doświadczenia na zwierzętach potwierdziły te wyniki. Otrzymano u świnki i u psa przez szczepienie gruźlicy limfocytozę opłucnową, mniej lub więcej czystą (Widal i Ravaut 12).

Podobne wyniki, jak w zapaleniu opłucnej, otrzymano także w zapaleniu gruźliczem otrzewnej (Dopter i Tanton 30, Grenet i Vitry 84), zapaleniu pochewki jądra (Tuffier i Milian 13, Dopter i Tanton 30), w zapaleniach gruźliczych stawów. Tu jednak w jednym przypadku liczba limfocytów i ciałek wielojądrzastych była równą (Dopter i Tanton 30).

Najważniejszymi były jednak wyniki, otrzymane w zapaleniu gruźliczem opon mózgowych: tu bowiem sprawa jest prawie bez wyjątku czystą, a przytem rozpoznanie może być z reguły stwierdzone badaniem pośmiertnem.

Widal, Sicard i Ravaut (7 i 9) najprzód w 3 przypadkach, potem w 12, stwierdzili tu wzór limfocytowy. Limfocytom towarzyszyła mniejsza lub większa, wogóle jednak nieznaczna ilość ciałek wielojądrzastych, a tylko w jednym przypadku po śmierci stwierdzono przewagę tych ostatnich (63 : 38). Znachodzą się także i śródbłonki, nie przeszkadzając jednak w oznaczeniu wzoru. Widal, Sicard i Ravaut uważają ten wynik za zupełnie stały i cechujący i zwracają się przeciw Bernheimowi i Moserowi (4), którzy stwierdzali w pewnych przypadkach wzór mieszany lub wielojądrzasty, a przytem znaczną przymieszkę śródbłonków. Zapatrywania Widala potwierdzają spostrzeżenia Grifona (13), Sousques i Guisernea (24), Laignel-Lavastinea (24), Faisansa (26), Bendixa (39) i innych.

Moje spostrzeżenia (10, 35 i 48) wykazały jednak dowodnie, że wzór limfocytowy nie jest tu wcale stałym. Z ogłoszonych już wyników okazuje się, że na 30 przypadków tylko w 24 był wzór limfocytowy z mniejszą lub większą domieszką ciałek wielojądrzastych. Domieszka ta wynosiła zwykle 1—5%, w dwóch jednak przypadkach była bardzo znaczną, gdyż dochodziła do 21 i 41% wszystkich ciałek białych. W 6 zaś przypadkach wzór był już wyraźnie wielojądrzasty z domieszką limfocytów, wynoszącą w 4 przypadkach 11—16%, w jednym 21%, w jednym 48%. Do tych spostrzeżeń mogę obecnie dodać 23 nowych przypadków, w których 16 razy stwierdzono wzór limfocy-

towy, 6 razy wielojądrzasty (z tych 2 przypadki bez badania pośmiertnego). Na 10 przypadków z polinukleozą, w których wykonano badanie pośmiertne, w 6 przypadkach znaleziono stare ogniska w oponach, najczęściej guzy serowate rozmaitej wielkości, usadowione w mózgowiu, ale dosięgające do opon. Z nowych moich przypadków jeden ogłoszony jest osobno, jako przypadek zbioru objawów Benedikta (93). Jak w tym i w paru innych z moich przypadków okazało się, polinukleoza w zapaleniu gruźliczem opon może być zużytkowaną do rozpoznania z pewnem prawdopodobieństwem guzów lub nacieków serowatych, zajmujących opony pierwotnie, lub następowo. Można było przypuszczać, że w tych przypadkach polinukleozy opon w gruźlicy, gdzie nie stwierdzono takich guzów w oponach mózgowia, mogą się one znaleźć w oponach rdzenia. Jednak wynik ujemny dokładnego przeszukania także opon rdzenia w jednym takim świeżo spostrzeganym przypadku przekonał mnie, że może istnieć polinukleoza przy zupełnie typowem zapaleniu gruźliczem opon, bez jakichkolwiek zmian starszych serowatych w oponach. Także stosunek odwrotny jest możebny: obecność gruzełków odosobnionych i mniej lub więcej czysta limfocytoza (Lewkowicz 10, Dainville 52, Nobécourt i Voisin 72).

Wysięki gruźlicze okazują często eozynofilię.

Przypadki polinukleozy w zapaleniu gruźliczem opon ogłosili: Marcou-Moutzner (37) jeden przypadek ze staremi zmianami w oponach; Guinon i Simon (50) 2 przypadki na 16 badanych; Concetti (60). Lutier (87) na 134 badanych przypadków 118 razy stwierdził limfocytozę, 10 razy polinukleozę, 2 razy wzór był pośredni, 4 razy zaś zmienił się w ciągu przebiegu choroby w jednym lub drugim kierunku.

Okazuje się z tych danych, że stwierdzenie limfocytozy w zapaleniu opon przemawia z wielkiem prawdopodobieństwem za gruźliczą przyrodą sprawy, mianowicie, jeżeli chodzi o odróżnienie od zapalenia zwykłego i zapalenia nagminnego, które, jak o tem będziemy mówić poniżej, przebiegają z reguły z polinukleozą. Z drugiej strony polinukleoza wcale nie wyklucza przyrody gruźliczej i nie powinna zachwiać rozpoznaniem, jeżeli obraz i przebieg choroby za niem przemawiają, a drobnowidowo i bakteryologicznie w płynie zwykłych drobnoustrojów ropotwórczych, meningokoka, pneumokoka i t. d. wykryć nie można W takim razie polinukleoza świadczy z pewnem prawdopodobieństwem o równoczesnej obecności starszych zmian serowatych w oponach. (C. d. n.)

II. Przypadek kiłowego zapalenia stawu kolanowego [1]).

Podał

Dr. J. Fels.

Kiłowe schorzenia stawów uchodziły do niedawna za należące do bardzo rzadkich. Poznanie ich datuje się dopiero od czasów nowszych i do tej pory mało jest jeszcze rozpowszechnione. Już w tak zwanym drugim okresie wylęgania kiły, t. j. w okresie wybuchu osutki, albo podczas późniejszych nawrotów i w okresie utajenia zdarzają się bole w stawach bez obrzęków i zaczerwienienia skóry. Bole te mogą pojawić się we wszystkich stawach, częściej jednak w większych, niż w mniejszych. Występują one w stawie barkowym, a szczególnie w kolanowym. Zwykle bole są większe w nocy, niż we dnie. Rtęć i małe dawki jodku potasowego (0·5 dziennie) wywierają w takich razach wpływ korzystny. Prócz tej postaci kiłowego zapalenia stawów zdarzają się jeszcze dwie inne: zapalenie stawów pospolite na tle kiłowem i zapalenie stawów kilakowe. Pierwsza postać jest dość rzadka i polega na ostrem, podostrem lub przewlekłem zapaleniu z mniejszym lub większym wysiękiem do stawu i może wystąpić nieraz już we wczesnym okresie kiły, często już w okresie wybuchowym, równocześnie w kilku stawach tak, że postać przybiera obraz ostrego gośćca stawowego i bywa też dlatego określana, jako gościec kiłowy lub gościec kiłowy rzekomy. Przypadki te przebiegają wśród gorączki zwalniającej lub też przepuszczającej; obrzęki i bole przechodzą z jednego stawu na drugi, zupełnie jak w ostrym gośćcu stawowym; zmian w sercu jednak zawsze brak, a jodek potasowy dziwnie prędko, bo w kilku dniach, usuwa gorączkę i obrzęki stawów.

Kiłowe zajęcie jednego stawu zdarza się częściej w okresie kiły późniejszym, niż wcześniejszym Obrzęk stawu występuje w sposób podostry lub przewlekły bez bolów i objawów zapalnych, zwykle w stawie kolanowym, rzadko w innych, n. p. w stawie łokciowym. Tu również jodek potasowy dobrze działa, choć nie tak szybko, jak w postaci wielostawowej. Postać ta ma wielką skłonność do nawrotów, dlatego leczenie przeciwkiłowe ma być energiczne. Kilakowe zapalenie stawów bierze swój początek albo z pierwotnych kilaków kości lub okostnej, do których następowo przyłącza się wysięk w stawie, albo też sprawa kilakowa powstaje pierwotnie w stawie. Poznanie tej sprawy jest zdobyczą czasów najnowszych. Prawie bezboleśnie lub wśród nieznacznych dolegliwości występuje wysięk surowiczy w stawie. Zauważono tę postać dotychczas w stawie kolanowym, skokowym, łokciowym i nadgarstkowym, częściej jednostronnie i tylko rzadko obustronnie. Nieraz obwinia się uraz, natężenie, skok i t. p., jako okolicznościową przyczynę schorzenia stawu, częściej jednak przyczyny tej wcale znaleźć nie można. Rozpoznanie kiłowych schorzeń stawów jest bardzo trudne, gdyż nie mają one żadnych objawów znamiennych dla kiły. Nieraz inne objawy kiły lub dokładne wywiady ułatwiają rozpoznanie. Dlatego w uporczywych wysiękach stawów, które nie ustępują działaniu leczenia, należy zawsze pamiętać o kile i spróbować leczenia swoistego, choćby nawet wywiady tego rozpoznania nie popierały. Najczęściej bierze się kiłowe zapalenie stawu za gruźlicze lub rzeżączkowe z wysiękiem.

O wiele mniej, niż schorzenia stawów w toku kiły nabytej, znane są zapalenia stawów, wywołane kiłą dziedziczną. Podręczniki chorób płciowych tylko nader pobieżnie wspominają o nich; podręczniki zaś chirurgiczne często wcale nie. Dlatego każdy nowy przypadek zasługuje na ogłoszenie. O ile mi wiadomo, to w ostatnim czasie Hippel [2]), prof. okulistyki w Heidelbergu, baczniejszą zwrócił uwagę na częstość schorzeń stawów na tle kiły wrodzonej, zachęcając tem samem do dokładniejszego spostrzegania i badania w tym kie-

[1]) Według wykładu mianego w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem w dniu 3 czerwca 1904.

[2]) Münchener medizin. Wochenschrift, Nr. 31, 1903.

runku. Jako okulista zauważył on, że dzieci z zapaleniem miąższowem rogówki, zdarzającem się bardzo często, choć jego zdaniem nie jedynie u chorych na kiłę dziedziczną, cierpią częstokroć na zaburzenia w stawach, a szczególnie w kolanach i zaczął pod tym względem zbierać spostrzeżenia dokładniejsze. Badał on 77 dzieci z kiłą wrodzoną, do których dodaje w końcu swego artykułu jeszcze osiem przypadków, dlatego obliczę i podam wyniki z 85 jego przypadków. Z tych 47 razy, więc w 55%, mógł on bądź osobiście, bądź na podstawie dokładnych wywiadów stwierdzić schorzenia stawów. Na tych 47 przypadków 45 razy były zajęte stawy kolanowe, sześć razy równocześnie z innymi stawami, raz staw łokciowy, raz kilka stawów naraz było zajętych; 41 razy schorzenia polegały na wysiękach w stawach, a z 45 zajęcia kolana 40 razy stwierdzono wysięki, które 37 razy obejmowały oba kolana, a trzy razy tylko jedno. Bosse na 46 przypadków kiły wrodzonej stwierdził 17 razy, więc w 37%, schorzenia stawów.

W zestawieniach Hippla nie przeważa płeć żeńska, jak u innych klinicystów. Zwykle zapadają na te schorzenia nie małe dzieci, lecz starsze, w okresie, kiedy już niema innych objawów widocznych kiły, najczęściej u osobników między 6—10 rokiem życia, lecz wcale nierzadko między 10—20, a nawet jeszcze później. U chorych na kiłowe schorzenia stawów tylko pięć razy nie było zapalenia miąższowego rogówki, które jednak występuje prawie zawsze później, co również utrudnia rozpoznanie kiłowej natury obrzęku stawów, gdyż przy istniejącej wypocinie w stawie u osobnika pozornie zdrowego rozpoznaje się tylko wtedy kiłę, kiedy lekarz z góry ma na myśli tę możliwość, lub jeśli wyjątkowo dokładnie w tym kierunku bada.

Schorzenia stawów na tle kiły dziedzicznej przebiegają najczęściej bez podniesienia ciepłoty; gorączka zdarza się tylko rzadko; rzadko też chorzy żalą się na bole; wielu nie radzi się wcale lekarza z powodu „grubych kolan“. W większości przypadków wyleczenie następuje po dłuższym czasie samoistnie, a tylko rzadko zdarzają się także zapalenia ciężkie i uporczywe, nawet sprawy ropne z wytworzeniem przetok lub postać zapalenia przewlekłego stawu kolanowego (tumor albus). Najczęściej spotyka się obustronny zwykły wysięk kolana surowiczy lub surowiczo-włóknikowy, powstający bez urazu. Nieraz próbowano przedtem leczenia chirurgicznego, np. nakłucia stawu, lub leczono chorych pendzlowaniem nalewką jodową, opatrunkami, kąpielami, leżeniem w łóżku, co zwykle nie odnosi skutku, a najlepiej tu działa jodek potasowy, który według doświadczenia Hippla w 4—6 tygodniach sprowadza wyleczenie. W jednym przypadku Hippla zrobiono nawet przedtem wycięcie łokcia. Zatem twierdzi Hippel, że schorzenia stawów z powodu kiły wrodzonej są dość częste i że chirurdzy i praktycy o wiele więcej przypadków mieliby do zaznaczenia, jeśliby pamiętali o możliwości etyologii kiłowej i zawsze w tym kierunku czynili dokładne badania.

Ja spostrzegałem tylko jeden przypadek kiłowego zajęcia stawu kolanowego, ponieważ jednak wykazuje on dobitnie trudności w rozpoznaniu tych zmian i stwierdza, jak mało jeszcze lekarze o nich myślą, pragnę go tu opisać i to w tym porządku, jak mi się przedstawiał aż do ostatecznego niezbitego rozpoznania.

Kiedy byłem jeszcze słuchaczem medycyny żalił mi się nieraz były mój kolega gimnazyalny, że od kilku lat cierpi na obrzęk kolana prawego, opierający się wszelkim zabiegom leczniczym; później zaś zgłosił się raz do mnie o poradę.

Wywiady. *A. K.*, lat 29, zastępca handlu maszyn rolniczych zgłosił się do mnie d. 10—X 1898 roku. Pochodzi z rodziny rzekomo zdrowej, ojciec żyje, jest zdrów, matka umarła na śpiączkę cukrzycą w czerwcu tego roku w 51 r. życia. Badany jest najstarszym bratem z 8-ga rodzeństwa, rzekomo zdrowego; jedna siostra umarła w 13 r. życia na dur brzuszny; jeden brat w 14 roku rzekomo na zapalenie wsierdzia. Badany był zawsze zdrów, prócz rzeżączki nie przebywał żadnych chorób, w szczególności zakażenia kiłowego. Przed 9 laty, zatem kiedy miał lat 20, zauważył «guz» na zewnętrznej stronie kolana prawego; nie może sobie przypomnieć, by się uderzył kiedyś w to miejsce. Obrzęk ten powoli objął całe kolano, lecz przez cztery lata chory mógł chodzić bez wszelkich bolów, poczem obrzęk zaczął się zesuwać ku łydce i po dłuższem chodzeniu stawał się czasami bolesnym. Również odczuwał nieraz badany niemiłe wpływ zimna na kończynę chorą. Lekarze podejrzywali gruźlicę stawu; w płucach i innych narządach nie znaleziono jednak żadnych zmian gruźliczych; stosowano nastój jodowy i kąpiele siarczane, przez co bole ustawały, lecz obrzęk jeszcze się powiększał i rozszerzył na łydkę; jeśli chory dłużej chodził, obrzęk obniżał się na stopę. Wtedy też chory sam zauważył, że w kolanie i w łydce znajduje się płyn i że oba te przestwory, napełnione cieczą, ze sobą komunikują, gdyż mógł przesuwać płyn z jednej jamy do drugiej. Niektórzy lekarze doradzali choremu operacyę, na którą on się nie zgadzał. Wreszcie wykonano nakłucie kolana, lecz bezskutecznie. Tak upłynęło znowu trzy lata. Ponieważ w dzień podczas chodzenia wytwarzał się zawsze obrzęk kończyny, dano choremu z Kasy chorych pończochę gumową, która zapobiegła powstawaniu przynajmniej większego obrzęku. Może przed rokiem chory spostrzegł plamę czerwoną na łydce; po kilku tygodniach z miejsca tego począł ciec płyn wodnisty, z początku mniej, potem coraz więcej obfity, lecz chory mimo to chodził; wydzielina stała się z czasem ropną, żółtą, zielonawą lub różową z małymi strzępami, a potem przedstawiała znowu gęstą zielonawą ropę.

Stan obecny. Osobnik silnie i dobrze rozwinięty, kościec i mięśnie dobrze wykształcone, podściółka tłuszczowa obfita, narządy oddychania, krążenia i trawienia nie wykazują żadnych zmian chorobowych; słuch i wzrok prawidłowe, zęby zdrowe i kształtne, na częściach rodnych niema blizn lub innych objawów podejrzanych; gruczoły pachwinowe nie obrzękłe, mocz przeźroczysty, zawiera kilka nitek, bez śladu białka i cukru. Prawe kolano i podudzie są obrzękłe, wogóle grubsze, niż lewe; chory jednak podaje, że kolano było w pierwszych latach choroby o wiele grubsze. Rzepka «skacząca»; na wewnętrznej stronie kolana znajduje się obrzęk, zawierający chełboczący płyn; dno tej jamy stanowi zgrubiała torebka. Skóra na łydce nieco obrzękła; pod nią daje się również wyczuć w głębi jamę; kolano tkliwe na ucisk. W środkowej części łydki skóra w obrębie dwugroszówki sinawo zabarwiona, a w środku tego miejsca otwór wielkości soczewicy o brzegach sinawych, podminowanych i wystrzępionych; z otworu tego uciskając od kolana wzdłuż łydki daje się wycisnąć płyn surowiczo-ropiasty, zawierający strzępki białe, niekiedy zaś krwawo zabarwione. Cała sprawa od początku zrobiła wrażenie schorzenia gruźliczego z opadowym ropniem w łydce i z przetoką gruźliczą.

Na to rozpoznanie zgodzili się także inni koledzy, chirurdzy i zaproponowano choremu zabieg operacyjny, na co on się zgodził, widząc, że choroba, istniejąca od 9 lat, przybiera w ostatnim czasie rozmiary coraz większe. Wtedy przedstawiłem jeszcze chorego Prof. Ziembickiemu, który zwrócił uwagę na lekkie zgrubienia goleni i rozpoznając zropiałe kilaki, zalecił leczenie rtęcią. Muszę przyznać, że ja i inni koledzy wątpiliśmy o słuszności tego rozpoznania, gdyż wejrzenie ranki i ropy było cechująco gruźlicze, a chory stanowczo przeczył i nie przyznaje się jeszcze do dnia dzisiejszego do przebycia jakiegokolwiek zakażenia kiłowego. Kolega Reichenstein zbadał jeszcze ropę, czy nie zawiera prątków gruźliczych; wprawdzie wynik był ujemny,

lecz to nie mogło jeszcze stanowczo wykluczyć sprawy gruźliczej. Kiedy zaś przedstawiłem choremu i jego ojcu, by przed operacyą spróbować leczenia, zalecanego przez Prof. Ziembickiego, chory się na to zgodził, a ojciec był nawet z tego rad i zaczął mi dobrowolnie opowiadać, że i jego żona nieboszczka przed wielu jeszcze laty również miała być operowaną z powodu jakiejś ciężkiej choroby kości, połączonej z długotrwałem ropieniem, gdy jednak jeden z lekarzy zaproponował ją wyleczyć bez operacyi, zabieg chirurgiczny odłożono, a leczenie wewnętrzne dało świetne wyniki. Zapytany o to cudowne leczenie, opowiadał dalej, że wcierano jakąś maść, że następnie chorej zbrzękł język i dziąsła tak, że ślina ciągle się sączyła i chora musiała leżeć w łóżku. To wyznanie naturalnie zupełnie wystarczało. Wprawdzie ojciec również przeczył przebyciu zakażenia kiłowego, lecz na jego wargach stwierdziłem zbyt podejrzane białe zgrubienia płaskie, które też po wyżyciu 30·0 jodku potasu zupełnie znikły. Chory sam również mi potem opowiadał, że i on sobie przypomina ową chorobę matki, a mógł on mieć wtedy najwyżej 6 lat; o ile słyszał, matka raz poroniła, czy było więcej poronień lub nieżywo urodzonych dzieci, nie wie.

Dnia 18/X chory rozpoczął wcierania, dziennie po 3·0 szaruchy, chorą łydkę i kolano pokrywano codziennie plastrem rtęciowym. Dnia 22/X nie dało się już wycisnąć wydzieliny z przetoki, łydka stała się twarda, nieco bolesna przy chodzeniu i tylko na wewnętrznej stronie kolana można było jeszcze stwierdzić chełbotanie w jednem miejscu. Z końcem drugiego okresu wcierań nigdzie nie było już chełbotania i przetoka zaczęła się zabliźniać. Dnia 6/XI obrzęk kolana i łydki był o wiele mniejszym; dnia 15/XII objętość kolana, mierzona nad rzepką, wynosiła po stronie prawej 36 ctm., po lewej 35, nad guzowatością goleni prawej 32·5, lewej 32 ctm., w środku łydki 33·5 i 33 ctm. Choremu wtarto 105·0 szaruchy w 7 okresach i wyżył jeszcze potem 30·0 jodku potasowego i od tego czasu odzyskał zupełne zdrowie, odbywa często daleką drogę pieszo i jak zapewnia, „kończyna prawa jest teraz zdrowszą od lewej“

Tak więc chory, kilkakrotnie badany i leczony przez 9 lat, gdyby nie zdanie Prof. Ziembickiego, który od gruntu zmienił pogląd na naturę choroby, byłby kto wie, ile lat jeszcze cierpiał i jakie jeszcze zabiegi nie byłyby na nim przedsięwzięte. Choroba polegała pierwotnie na wysięku surowiczym w kolanie: czy to jednak był późny objaw kiły wrodzonej, czy też chory w dzieciństwie został zakażony przez rodziców, trudno dziś rozstrzygnąć.

W ostatnim czasie ogłosił Jordan[3]) dwa przypadki zapalenia stawów kolanowych, spowodowanego kiłą wrodzoną, gdzie również dopiero po różnych zabiegach, a nawet już po operacyi, doszło się do właściwego rozpoznania. Jeden z tych przypadków dotyczył zdrowego porucznika, który nie okazywał żadnych innych objawów kiły: w 22 roku życia wystąpiły wysięki w kolanach, które, jak już wykazano wyżej, są ulubionem i często jedynem usadowieniem kiły dziedzicznej późnej. Fournier i inni rozróżniają cztery postacie schorzeń kolana, wywołanych kiłą wrodzoną, a mianowicie 1) cierpienie kolan (*arthralgia*), polegające na bolach z chwiejnem nasileniem, występujące nieraz w nocy i szybko ustępujące po leczeniu jodkiem potasu; 2) prosty wysięk przewlekły; 3) guz „biały“ kiłowy i 4) schorzenie zniekształtniające z zesztywnieniem i przykurczeniem. Bardzo często patologiczne następstwa kiły wrodzonej późnej uważane bywają za gruźlicę i chorzy odbywają długie i bezskuteczne leczenie lub nawet poddawani bywają różnym operacyom. Z tego wynika, że w przewlekłych zapaleniach stawów, a szczególnie kolanowych, należy pamiętać zawsze o kile wrodzonej i to nietylko u dzieci, lecz także u ludzi młodych, nawet do 25—30 roku życia. W przypadkach wątpliwych, jakoteż w tych, u których leczenie zazwyczaj zostaje bez skutku, próba leczenia przeciwkiłowego jest wskazaną i musi ono być prowadzone energicznie i długo.

[3]) Münchener medic. Wochenschrift, Nr. 31, 1903.

III. *Ciała obce w uchu*[1]).

Podał

Dr. R. Spira,

kierownik ambulatoryum otyatrycznego w szpitalu izraelickim w Krakowie.

Ciała obce w przewodzie usznym stanowią dla lekarza praktycznego jedno z nader ważnych zadań i stanowią niestety jeszcze dość często powód do błędów w sztuce.

Etyologia. Ciało obce dostaje się do ucha bądź niezależnie od naszej woli, bądź zostaje wprowadzone z rozmysłem, przeważnie przez dzieci, które mają zwyczaj, bawiąc się, wkładać sobie do ucha różne przedmioty, najczęściej pestki z owoców, ziarna, paciorki, zwitki papieru, guziki, kamyczki, groch, bób itd.

Ciała obce u dorosłych zostają często wprowadzone do uszów celowo, jako przedmioty użyte do leczenia i po największej części włożone do ucha, dla ukojenia bolu zębów, np. kawałki czosnku, cebuli, waty, kamfory, siarki i t. p. Przypadkowo dostają się do ucha odłamki narzędzi, używanych do podrapania przy swędzeniu w uchu, jak kawałki zapałek, ołówka, wykłuwacza, źdźbła słomy, siana, kłosy, wata. Dalej mamy szereg przedmiotów, dostających się do ucha mimowolnie, np. odłamki słomy przy leżeniu w niej, różne owady, najczęściej muchy domowe, czarne chrabąszcze kuchenne, pchły, pluskwy itd.

Przy zaniedbanem ropieniu w uchu środkowem muchy domowe składają z upodobaniem w przewodzie usznym swoje jajka, które się później tam dalej rozwijają, wylęgają i tworzą całe kolonie poczwarek w uchu zewnętrznem.

Rzadko znajdują się tam ciała obce, umyślnie siłą do ucha wepchnięte, jak to ma miejsce u dzieci podczas zabawy.

Objawy podmiotowe. W większej części przypadków ciało obce może w uchu leżeć dłuższy czas, nawet latami, bez sprawienia dolegliwości i bez szkody dla chorego i najczęściej przypadkowo zostaje wykrytem. Ten szczegół jest nader ważny i o nim trzeba zawsze pamiętać, żeby nie silić się w każdym przypadku o gwałtowne wydobycie takiego ciała obcego, które jest zupełnie i pod każdym względem nieszkodliwe. Szczególnie przedmioty gładkie, okrągłe, jak pestki, ziarna, paciorki, kamyki, papier albo kawałki zapałek i t. p. nie wywołują żadnych objawów. A przecież widzi się często w takich przypadkach, jak chory, jego otoczenie, a nawet lekarze przejmują się trwogą i starają się na wszelki sposób i za każdą cenę wydobyć ciało obce jak najprędzej. Strach pochodzi z doświadczenia, że takie ciało obce bywa nieraz powodem ciężkiej choroby, a nawet zejścia śmiertelnego. Tymczasem zły przebieg w tych razach nigdy nie jest skutkiem działania samego ciała obcego, lecz właśnie następstwem niestosownych prób wydobycia go.

[1]) Ustęp z dzieła pod tytułem „Krótki zarys nauki o chorobach usznych“, które wkrótce wyjdzie staraniem „Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich im. Edwarda Korczyńskiego“.

W pierwszej chwili, pod wpływem strachu, chwyta się zwykle otoczenie, a często i lekarz, najniestosowniejszych sposobów i narzędzi (szpilki podwójnej, pętli, łyżeczki usznej itp.), przez co przewód uszny zostaje uszkodzony, a ciało obce głębiej wciśnięte. Zaprzestaje się tych zabiegów dopiero wtedy, gdy ucho zostaje okrwawione, a ciało obce, wklinowane w kostnej części przewodu, staje się nieprzystępnem dla oka i dla narządu. Wtedy dopiero posyła się po lekarza specyalistę.

Zresztą objawy zależą od położenia ciała obcego, które w pewnych przypadkach może sprowadzić szum w uszach i różne nerwowe objawy odruchowe skutkiem podrażnienia gałązek nerwu błędnego i troistego. Małe, twarde ciałka, jak ziarna śrutu, skutkiem ciężkości opadają i dostają się na błonę bęb., gdzie mogą wywoływać bole i silny szum w uszach. Kanciaste ciała ostre mogą powodować bole wskutek kaleczenia ścian przewodu, a pasorzyty żyjące sprawiają bardzo przykre dolegliwości skutkiem ruchów w przewodzie usznym.

Objawy przedmiotowe i rozpoznanie. Z naciskiem należy oświadczyć, że nigdy nie jest wolno rozpoznawać ciało obce w uchu przed osobistem przedmiotowem przekonaniem się o jego obecności. Przestroga ta mogłaby się wydać zbyteczną, a przecież tak nie jest. Często bowiem stwierdziliśmy, że lekarze na podstawie samych opowiadań dziecka lub rodziców zabierali się do wydobycia z ucha ciała obcego, którego tam wcale nie było; godzi się więc przestrzedz przed zbytnią ufnością w wywiady pod tym względem. W piśmiennictwie zanotowane są przypadki zejścia śmiertelnego wskutek uszkodzenia ucha, powstałego przy usiłowanem wydobyciu ciała obcego, którego wcale w uchu nie było, bądźto, że takie ciało wcale się do ucha nie dostało, a różne sensacye, pochodzące z innej choroby, kładzie chory na karb wmówionego w siebie ciała obcego, bądź też ciało obce, które się rzeczywiście do ucha dostało, jeszcze przed badaniem dzięki ruchom chorego i rękoczynom niespostrzeżenie samo z ucha wypadło. Osoby nerwowe, histeryczne, mogą różne sensacye w uchu kłaść na karb urojonego ciała obcego tak, jak to bywa w innych częściach ciała.

Zdarza się i tak, że ciało obce dostało się do jednego ucha, a chory lub otoczenie z powodu zapomnienia, lub dziecko pod wpływem strachu, wskazuje na ucho drugie. Doświadczenie poucza, że na podaniu chorych bezwzględnie w tym zakresie polegać nie wolno; należy zatem zawsze osobiście własnem badaniem o tem się przekonać. Jeżeli lekarz zawezwany został, nim jeszcze domownicy poczynili jakieś próby wydobycia, to po największej części już gołem okiem lub zapomocą reflektora dopatrzy ciało obce, leżące powierzchownie w zewnętrznej części przewodu usznego. Jeżeli zaś już poprzedziły próby wydobycia, badanie może stać się trudne, gdyż ciało obce zwykle zostaje w głąb zepchnięte, a ściany przewodu poranione, broczące, nabrzmiałe, nie pozwalają obejrzeć całego przewodu. W takim razie lekarz musi we własnym interesie zwrócić choremu uwagę na to, że przez poprzednie próby jego zadanie stało się o wiele trudniejszem i powinien na razie ograniczyć się do leczenia uszkodzenia albo zapalenia przewodu i oczekiwać cierpliwie czasu, w którym objawy zapalne ustąpią, a badanie dokładne będzie możebnem. Wtedy należy starannie przeszukać cały przewód, przyczem szczególną należy zwrócić uwagę, na zagłębienie między błoną bęb. a ścianą dolną przewodu, gdzie małe ciała obce mogą się ukryć przed okiem badającego. Nie znalazłszy ciała obcego w jednem uchu, powinien lekarz badać drugie, pamiętając o tem, że takie omyłki zdarzają się. Innym razem ciało obce może się ukryć pod warstwą woskowiny i mieć wejrzenie, łudząco podobne do czopka woskowiny, a dopiero po wydobyciu zostaje rozpoznane, jako ciało obce. Spostrzegłszy ciało obce, należy się przez dokładne badanie zgłębnikiem zoryentować o jego położeniu, jego własnościach, szczególnie o wielkości, powierzchni, zbitości i względnie o istnieniu uszkodzeń przewodu.

Leczenie. Najpewniejszym i najskuteczniejszym środkiem dla usunięcia ciała obcego z ucha jest wystrzykiwanie. Należy przytem używać wody letniej i silniejszego prądu z przerwami. Płyn, dostawszy się za ciało obce, odpływając, zabiera je ze sobą. Ten sposób wyjątkowo tylko może się nie udać, jeżeli się go stosuje w pierwszej chwili, a niezręczne próby nie wepchnęły ciała tego głębiej. Jeżeli wydobycie zwykłem wystrzykiwaniem nie udaje się, należy to sobie ułatwić tem, że chory nachyla głowę w stronę zajętego ucha, na dół, a prąd kieruje się pionowo ku górze. Napęczniałe ziarna grochu lub bobu można najpierw przez parę dni pozostawić, nie zatykając ucha, by wyschły, albo sprowadzić ten stan przez wkraplanie wyskoku szczerego lub gliceryny, przez co objętość ciała tego się zmniejsza i powtórne wystrzykiwanie łatwiej go wydobędzie. Nabrzmienie i zapalenie przewodu należy najpierw odpowiednio leczyć, a później dopiero przystąpić do wystrzykiwania.

Wydobycie ciała obcego z ucha należy do zadań lekarza łatwych i wdzięcznych, które jednak przez nieświadomość lub niezręczność może doprowadzić do następstw nawet zagrażających życiu. Niestety, zdarza się zbyt często i mimo przestróg należy jeszcze do porządku dziennego, że lekarz, ujrzawszy ciało obce, usiłuje je uchwycić szczypczykami, które ześlizgując się, cofają ciało obce coraz głębiej; naganna ta metoda kaleczy ściany przewodu, a nieraz nawet i błonę bęb., skutkiem czego może przyjść do ropnego zapalenia ucha środkowego, a nawet do zapalenia opon mózgowych. Nieraz udaje się wydobyć ciało obce z ucha przez wprowadzenie do przewodu aż do tego ciała pędzelka, zamaczanego w rozczynie kleju: ciało obce przylepia się do pędzelka, z którym może być wyciągnięte na zewnątrz po stężeniu kleju. Rzadziej udaje się przy istnieniu przedziurawienia błony bęb. wypchnąć ciało obce z ucha przez silne wpędzenie powietrza, lub przestrzyknięcie ucha drogą trąbki.

Tylko tam, gdzie ciało obce jest wklinowane, a mimo kilkukrotnych w przerwach kilkudniowych powtarzanych usiłowań nie daje się wydobyć strzykawką i wywołuje zapalenie ucha, albo zatrzymanie ropy przy jednoczesnem istnieniu ropienia ucha środk., — dalsze czekanie może sprowadzić złe następstwa; albo jeżeli przez poprzednie próby błona bębenkowa została przedziurawioną, można i należy przystąpić do wydobycia ciała obcego zapomocą narzędzi przy unieruchomionej głowie chorego. Tu znowu należy trzymać się zasady, że u dzieci, a zwłaszcza u takich, które poprzednio nieudałemi usiłowaniami są przestraszone i rozdrażnione, narzędzi używać wolno tylko w znieczuleniu. U takich dzieci bowiem, niespokojnych i rzucających się, trudno uniknąć, mimo największej ostrożności i biegłości, skaleczenia ucha przy wprowadzeniu i użyciu narzędzi. Przytem po uśpieniu dziecka przed przystąpieniem do wydobycia narzędziami, należy raz jeszcze spróbować wstrzykiwań, gdyż takowe mimo poprzednich nieudałych usiłowań w ostatniej chwili przecież mogą się udać. Narzędziami takiemi są łyżeczki uszne, haczyki tępe i ostre. Narzędzie (haczyk) wprowadza się do przewodu pod kontrolą wzroku wzdłuż górnej ściany, między ciałem obcem a ścianą przewodu tak głęboko, aż dostanie się poza ciało obce. Potem zwracamy zagięty koniec haczyka ku dołowi, starając się przez podniesienie trzonu narzędzia uchwycić końcem jego ciało obce i przez ruchy w rodzaju dźwigni wypchnąć je na zewnątrz. Wystrzegać się należy szczególnie przy gładkich i okrągłych przedmiotach używania szczypczyków lub kleszczyków, które prędzej zaszkodzić mogą. Nieraz można sobie to zadanie ułatwić przez rozdrobnienie ciała obcego haczykiem ostrym lub ostrą łyżeczką i wydobycie go kawałeczkami.

Jeżeli się i to nie uda i zagraża niebezpieczeństwo ze strony dalszego przebywania ciała obcego w uchu, należy po nacięciu wzdłuż tylnego przyczepu muszli usznej takową wraz z tylną chrzęstną ścianą oddzielić od przewodu kostnego, przez co przystęp do ciała obcego i uchwycenie go zostają ułatwione. W razie potrzeby dla rozszerzenia światła przewodu należy nawet oddłutować powierzchowną warstwę

górnej i tylnej ściany kostnej przewodu. To samo wskazanie może zachodzić, jeżeli ciało obce dostało się do jamy bęb. i nie daje się wydobyć w inny sposób. Po wydobyciu ciała obcego przykłada się napowrót oddzielony przewód błoniasty do swej podstawy kostnej, zaszywa się ranę zauszną, poczem nakłada opatrunek według zasad chirurgii.

Poczwarki, które trudno wydobyć wystrzykiwaniem, należy najpierw odurzyć wpuszczaniem do ucha dymu albo wkropleniem olejku terpentynowego lub wyskoku.

Ciała, pęczniejące w wodzie, jak kłosy i t. p. należy również pod kontrolą wzroku, u dzieci w uśpieniu starać się uchwycić narzędziami.

Po wydobyciu ciała obcego z ucha jednym albo drugim sposobem, pozostaje zwykle przez parę dni zadrażnienie ścian przewodu z wydzieliną surowiczą, które leczyć należy według zasad, na innem miejscu wyłuszczonych.

Streszczenie: 1) W przypadku ciała obcego w uchu należy się przedewszystkiem przedmiotowo przekonać o rzeczywistości jego istnienia.

2) Ciało obce w uchu należy w świeżych przypadkach usunąć li tylko zapomocą wystrzykiwań.

3) Jeżeli istnieją obrażenia po poprzednich próbach nieudałych, należy pierwiej starać się o ich wyleczenie.

4) Jeżeli sposób ten zostaje bez skutku i dalsza zwłoka może stać się niebezpieczną, wtedy wolno użyć narzędzi, lecz tylko pod kontrolą wzroku, przy dobrem oświetleniu lub zapomocą reflektora, a u dzieci tylko w znieczuleniu.

Kto tych przepisów nie trzyma się, łatwo może się dopuścić błędu w sztuce.

IV. Wyciągi.

Prof. Dr. Jacob. **O znaczeniu wlewań do płuc dla rozpoznania i leczenia gruźlicy płucnej.** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, Nr. 26, 27, 28). Praca ta, która narobiła w świecie naukowym w ostatnim czasie tyle wrzawy, rozkłada się na trzy części: a) Wstęp i przedwstępne doświadczenia fizyologiczne. b) Badania doświadczalne na zwierzętach, wykonane wspólnie z weterynarzem Bongertem. c) Technika i wyniki doświadczeń na ludziach, wykonanych wspólnie z Prof. Dr. Rosenbergiem. W części pierwszej wywodzi autor, że w ostatnich czasach żadna z chorób wewnętrznych nie dała tyle zajęcia światu naukowemu, jak właśnie gruźlica. Co miesiąc prawie pojawia się jakiś nowy lek przeciw gruźlicy, zalecany przez rozmaite znakomitości, a przecież wyniki, otrzymane z tych usiłowań, są co najwyżej minimalne. Przyczyną tego jest sposób stosowania leków: przez usta lub podskórnie środki te dochodzą wprawdzie do narządu, na który chcemy wywrzeć działanie, ale w tak znikomej dawce, że nie mogą wywołać żadnego odczynu. Gdybyśmy zaś chcieli podać w dawce naprawdę działającej, przedewszystkiem ustrój uległby otruciu. Te braki naprowadziły lekarzy na myśl, czyby nie można zadziałać wprost na płuca, a wynikiem tych rozmyślań było wprowadzenie wziewań do płuc. Jacob zarzuca tym wziewaniom, że i substancye wdychiwane nie dochodzą po płuc; większa ich część zostaje pochłonięta przez błonę śluzową górnych odcinków przewodu oddechowego. Stosowanie środków leczniczych zapomocą wstrzykiwań do płuc nie wytrzymuje krytyki naukowej; zostaje więc autorowi jedyna jeszcze droga, a mianowicie wlewanie wprost do płuc, doświadczenie, któreby fizyologicznie zdawało się niemożliwem; a przecież udało się autorowi w całym szeregu doświadczeń przedwstępnych wykazać, że nietylko jest to możliwem, ale nawet udowodnił na płucach zwierząt, którym wlewał pewne przetwory, że substancye te (jak błękit metylowy, salicylan sodowy) jednostajnie prawie rozchodzą się po całych płucach.

Tak więc dodatnio załatwił autor pytanie pierwsze, czy te wlewania są wogóle możliwe i rozpoczął doświadczenia nad pytaniem drugiem, o ile rozmaite lekarstwa działają na proces gruźliczy w płucach, co stanowi treść części drugiej. Do doświadczeń, wykonanych w tym celu, służyło pięć krów, u których zmiany gruźlicze były posunięte dość daleko. Środkami, używanymi do wlewań, były: hetol (0,004%), kreozot (0·1%), tuberkulina (0·1%), błękit metylowy (0·1%) i pyoktanina (0·1%). Z góry nadmienić należy, że najskuteczniejszymi lekami okazały się tuberkulina i kreozot. U wszystkich krów wykonano tracheotomię i zapomocą elastycznego kateteru gumowego o długości jednego metra wlewano te roczyny przez kaniulę tracheotomijną. Doświadczenia te trwały przez sześć miesięcy, a zwierzęta znosiły dobrze te wlewania (do 500 gramów). Autor przytacza następnie dokładną historyę choroby i protokoły sekcyjne krów zabitych; wyniki otrzymane dadzą się określić w dwóch zdaniach: Wlewania wspomnianych roczczynów do płuc w dość znacznej nawet ilości są dla ustroju zwierzęcego zupełnie nieszkodliwe, następnie roczyny te, stosowane do płuc w ten sposób, mogą działać leczniczo.

Weterynarz Bongert, który te doświadczenia na zwierzętach przeprowadzał, rozszerzył ich zakres o tyle, że tkanki gruźlicze, jako też i czyste hodowle gruźlicze, poddał wprost działaniu tych roczynów w termostacie, a następnie zaszczepiał je pod skórę świnkom morskim. Chodziło bowiem o to, o ile te środki działają bakteryobójczo. Wynik otrzymany był podobny zupełnie do wyników, otrzymanych na zwierzętach. Tkanka gruźlicza pod wpływem kreozotu po 72 godzinach stała się dla świnki nieszkodliwą, a hodowla po upływie 24 godzin. Pod działaniem tuberkuliny straciła tkanka gruźlicza swoje własności zakaźne już po 51 godzinach. Inne środki, jak hetol, pyoktanina nie działają wcale bakteryobójczo. W ten więc sposób wykazał autor działanie bakteryobójcze kreozotu i tuberkuliny wprost na laseczniki gruźlicze, fakt dotychczas nieznany. W części trzeciej i ostatniej opisuje prof. Rosenberg udoskonalony przez siebie sposób wlewań do płuc. Znieczula mianowicie pierwiej błonę śluzową krtani zapomocą różnych środków znieczulających (jak kokaina, eukaina, adrenalina i t. d.), a następnie i oskrzela i wlewa przez cienki elastyczny cewnik 20—30 gramów roczynu. Człowiek wlewania te także dobrze znosi; z początku powstaje wprawdzie silny odruchowy kaszel, ten jednak przyczynia się równocześnie do wydobycia mas śluzowych z oskrzeli głębszych. Nakoniec przytacza J. pięć przypadków gruźlicy u chorych, którzy wszyscy jako uleczeni opuścili jego klinikę. U ludzi tych zmiany gruźlicze w płucach były bardzo wybitne; bakterye Kocha zawsze można było w wielkiej liczbie wykazać w plwocinie. Pod koniec leczenia temi wlewaniami (głównie tuberkuliną) objawy przysłuchowe i wypukowe zmniejszyły się, lub nawet znikły zupełnie.

Na podstawie tych przypadków twierdzi więc J., że te wlewania do płuc nie tylko nie szkodzą, ale nawet, jak na swoich chorych mógł się przekonać, działają leczniczo. Na jeden jeszcze czynnik zwraca szczególną uwagę i przypisuje dlatego wlewaniom do płuc wielką wartość na przyszłość, a mianowicie na wielką ich wartość rozpoznawczą. Okazało się bowiem w ciągu doświadczeń, że aby wywołać odczyn ustroju na tuberkulinę przy podskórnem jej wstrzykiwaniu, musiano używać dziesięć razy większej ilości, aniżeli przy wlewaniach. Drugą korzyść stanowi to, że możemy zapomocą wlewań tuberkuliny rozpoznać gruźlicę płuc, gdy ustrój na nią oddziaływa; wstrzykiwaniami zaś podskórnemi możemy tylko stwierdzić gruźlicę w ustroju, bez możności jednak ścisłego jej zlokalizowania. Autor, który bardzo optymistycznie zapatruje się na swoje doświadczenia, zapowiada obszerną monografię o tym przedmiocie.

Dr. Selzer (Lwów).

Fränkel. **O wynikach operacyi przepuklin pachwinowych sposobem Bassiniego.** (*Münchener medicinische Wochenschrift*, Nr. 22, 1904). W przeciągu $4^1/_2$ lat operowano sposobem Bassiniego w szpitalu norymberskim na 208 chorych, 250 przypadków przepukliny pachwinowej. Z tych było 31 uwięźniętych, 201 nieuwięźniętych, a w 18 istniało tylko usposobienie do przepukliny. Przypadku śmierci nie było; jeden tylko chory uległ psychozie w związku z operacyą. Z 31 przepuklin uwięźniętych zgoiło się 24 przez rychłozrost, a z 219 nieuwięźniętych 202 czyli 92·2%. Na 143 przypadków badanych co najmniej po upływie roku stwierdzono 7 nawrotów, czyli 4·9%. W razie nawrotu przepukliny autor jest stanowczo za powtórną operacyą. Dodać należy, że w trzech przypadkach powstały po operacyi nerwobóle, które u dwóch chorych zupełnie zniknęły. Poglądy swoje co do leczenia operacyjnego przepukliny nieuwięźniętej streszcza autor w następujący sposób: 1) Bezpośredniem wskazaniem doszczętnej operacyi przepukliny jest niebezpieczeństwo jakiejkolwiek operacyi u danego chorego. O ileby niebezpieczeństwo to polegało na samej narkozie, to można w odpowiednich przypadkach operować w znieczuleniu miejscowem. 2) Polecić można operacyę doszczętną bezwarunkowo wtedy, jeśli leczenie paskiem przepuklinowym okazałoby się bezskutecznem. A przyczyna tego bezskutecznego leczenia paskiem tkwić może w samej przepuklinie, mianowicie jeśli jest niemożność odprowadzenia, szeroka brama przepuklinowa, albo też szczególna wrażliwość względem paska. 3) Także w przypadkach, w którychby można zastosować pasek, poleca autor w pierwszym rzędzie operacyę doszczętną, gdyż ta uchroni chorego najpewniej przed niebezpieczeństwem uwięźnięcia

i nie czyni go zależnym od paska. Dopiero wtedy, gdy chory nie zgadza się na operacyę, należy zaordynować pasek. Do radykalności w postępowaniu skłania autora okoliczność, że doszczętna operacya przepukliny pachwinowej, a szczególnie stosowana metoda Bassiniego jest operacyą, mającą śmiertelność, równającą się prawie zeru, po której to operacyi można się prawie we wszystkich przypadkach spodziewać gładkiego wygojenia w przeciągu około jednego tygodnia, a we wielkiej liczbie przypadków sprowadza stałe wyleczenie przepukliny. *B. Żmigród.*

Heinicke. **O odczynie amoniakalnym moczu przy fosfaturyi i o fosfaturyi i amoniuryi jako o przedmiotowych objawach chorób umysłowych.** (*Münch. med. Wochenschrift*, Nr. 27, 1904). Autor badał mocz u całego szeregu obłąkanych kobiet w przypadkach pierwotnego pomieszania umysłu, przedwczesnego niedołęstwa umysłowego, niedołęstwa umysłowego starczego, szaleństwa połączonego z przygnębieniem i psychoz wieku przejściowego. Prawie we wszystkich przypadkach stwierdzał amoniuryę lub fosfaturyę jawną lub ukrytą. Przeważała raczej zwyczajna amoniurya nad fosfaturyą, a zmian odpowiadających analogicznie nasileniu objawów umysłowych, autor nie spostrzegał. W każdym razie wystąpienie fosfaturyi oznaczało zazwyczaj szczyt schorzenia. Poprawie stanu psychicznego odpowiadało zmniejszenie się amoniuryi. Fosfaturyę, połączoną z amoniuryą, lub samą amoniuryę należy uważać za przedmiotowe objawy powyższych chorób umysłowych. Freudenberg stwierdził poprzednio to samo przy neurastenii. *Blassberg.*

Prof. Dr. Jordan. **O późnych nawrotach raka.** (*Deutsche med. Wochenschrift*, Nr. 25, 1904). Na podstawie dwóch przypadków, a mianowicie raka sutka i raka języka, gdzie recydywy wystąpiły dopiero w 15, a nawet w 19 lat po operacyi doszczętnej, autor występuje przeciw zasadzie dotychczas wyznawanej, że raki, w których nawrót nie następuje w 3, a najpóźniej w 5 lat po operacyi, już bywają uważane za wygojone. J. twierdzi, że wystąpienie nawrotu zależy od rodzaju raka, że niektóre z nich bardzo długiego potrzebują czasu do rozwoju; kwestyonuje więc tem samem i operacye „ultraradykalne", niemamy bowiem jeszcze doświadczenia z dłuższego okresu lat. Autor przyznaje, że przeważająca liczba raków nawraca przed zabiegiem dwóch lat, że jednak zawsze zostaje mały odsetek raków, rozwijających się powoli, gdzie nawrót i po 20 latach może wystąpić. Przedwczesnem więc byłoby dziś mówić o wyleczenia zupełnem raka i możemy najwyżej mówić o wyleczeniu dłużej trwającem. *Dr. Salzer.*

Arneth. **O leukocytozie przedśmiertnej.** (*Münchener medicinische Wochenschrift*, Nr. 27, 1904). Większość autorów uważa powstanie agonii jako takiej za czynnik, wywołujący leukocytozę przedśmiertną z powodu mechanicznych, chemicznych i innych zmian, zachodzących podówczas w ciele i w naczyniach. Przytem nie zwracają uwagi na rodzaj zmian, które agonię sprowadziły. Jedynie Limbeck kładzie nacisk na ten czynnik. Badania autora prowadzą go do wniosku, że leukocytoza przedzgonna nie da się zamieścić w szemacie patologicznych leukocytoz. Stan ciałek białych w agonii jest bardzo nierównomierny. Zależy on od chorób wywołujących agonię, z których każda okazuje sobie właściwy, typowy stan krwi. Stan krwi w agonii jest tylko stanem końcowym obrazu krwi, różnego stosownie do różnych chorób, jakie mamy przed sobą. *Dr. Blassberg.*

Baermann i Linser. **Przyczynek do leczenia chirurgicznego i histologii wrzodów, wywołanych promieniami Roentgena.** (*Münch. medicinische Wochenschrift*, Nr. 20, 1904). Wiadomą jest rzeczą, jakie zniszczenia w skórze wywołać mogą promienie Roentgena. Autorowie badali histologicznie owrzodzenia, wywołane tymi promieniami i znaleźli, że najpierw ulegają zniszczeniu naczynia krwionośne. Dla wyleczenia rozległych wrzodów autorowie pokrywali je w swoich przypadkach uszypułowanymi płatami, przeszczepionymi z sąsiedztwa. Z przeszczepionych płatów wychodzą do wrzodów nowe naczynia krwionośne bardzo szybko i umożliwiają wyleczenie. Takich wyleczonych przypadków owrzodzeń mają autorowie osiem. *B. Żmigród.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Bromipina. (*Deutsche med. Wochenschrift*, Nr. 21, 1904). Dr. Thumen (Wiedeń) podaje, iż bromipina Mercka jest cennym lekiem przeciwpadaczkowym, zmniejszającym napady tak co do ich liczby, jak i natężenia. W stanach nerwowych, szczególnie nerwowem biciu serca, lek ten wpływa uspakajająco i ogranicza napady zawrotu głowy u neurasteników. Uwagi godnem też jest, iż bromipina może usunąć przykre swędzenie skóry przy odmrożeniu. Jeśli uwzględni się dalej główne zalety, wyszczególniające bromipinę o tyle przed innymi przetworami bromowymi, iż nie sprowadza zaburzeń w żołądku i jelitach, ani wysypki skórnej, to okaże się wskazanem stosowanie jej wszędzie tam, gdzie potrzeba podać brom, szczególnie jednak też w tych przypadkach, w których potrzeba było dawniej przerwać leczenie bromem z powodu wystąpienia zatrucia bromowego. *Baschkopf.*

Teocyna jako lek moczopędny u dzieci. (*Archiv f. Kinderheilkunde*, z. 3 i 4, 1904). Na podstawie doświadczeń, przeprowadzonych w szpit. berl. pod kierunkiem prof. Baginskyego, twierdzi Dr. B. Gutmann, iż udało mu się uzyskać przy stosowaniu teocyny bardzo znaczne wzmożenie moczenia, a w następstwie ustąpienia objawów puchliny wodnej. Gdzie naparstnica i diuretyna, lub też obie razem połączone bezwarunkowo nie skutkowały, sprowadzała teocyna często jeszcze silne wzmożenie oddawania moczu. Szczególnie uderzające było jej działanie we wszystkich przypadkach, łączących się z wielkimi obrzękami, a tu przewyższyła wszystkie dotychczas stosowane leki (naparstnicę, strophantus i diuretynę). Jeżeli się jeszcze uda przez ulepszenie sposobu podawania wykluczyć nieprzyjemne wpływy uboczne teocyny (nudności i wymioty), to tem usuniętą będzie jedyna jej nieprzyjemna własność, a teocynę uważać wtedy będziemy za najlepiej działający środek moczopędny. Podawano ją w chorobach zastawek, osierdzia i mięśnia sercowego. *Baschkopf.*

VI. Kongres internistów niemieckich w Lipsku (18—21 kwietnia 1904 r.)

Zestawił

Dr. Henryk Pisek.

(Ciąg dalszy).

VIII. Hoppe-Seyler (Kilonia). Zmiany w trzustce w przebiegu zwapnienia tętnic. Na podstawie 16 spostrzeganych przypadków, z których w sześciu był także cukromocz, dochodzi autor do następujących wniosków: Tętnice okazują w trzustce te zmiany w ścianach, które zazwyczaj prowadzą do zaczopowania i marnienia (obliteratio) ich światła W przebiegu chorób naczyń, a szczególniej miażdżycy tętnic, pojawia się w trzustce bujanie tkanki łącznej i kurczenie (Schrumpfung) — niejednostajnie rozdzielone, — zmiany, mogące sprowadzić zupełny zanik tkanki. W następstwie rozwija się bardzo często cukrzyca, której rozmiary stoją w prostym stosunku do zmian w trzustce.

IX Strassburger (Bonn): Kliniczne znaczenie nowej metody do pomiaru rozkurczowego parcia krwi. Badanie kliniczne jeszcze zbyt mało uwzględnia różnicę, zachodzącą w mierzeniu rozkurczowego lub skurczowego parcia krwi; przyrządy, dotychczas w użyciu będące, podają najczęściej parcie skurczowe; niektóre podają rozkurczowe, lub oznaczają średnią wartość parcia; metoda, którąby służyła do pomiaru obydwóch rodzajów parcia, dotychczas nie istnieje. Wobec tego autor oświadcza, że zapomocą przyrządu Riva-Rocciego może określić tak parcie skurczowe, jak i rozkurczowe; pierwsze oznacza się w sposób zwykły, wysokość zaś parcia rozkurczowego otrzymuje się, jeśli pod wpływem wzmagającego się ucisku tętnicy ramieniowej tętno zaczyna się zmniejszać. Znaczenie pomiaru tych dwóch wartości parcia polega na tem, że podaje różnicę, zachodzącą przy każdem uderzeniu tętna, nazwaną przez autora „parciem tętna" (*Pulsdruck*), zależnem w pierwszym rzędzie od pracy serca. Wysokość największego parcia stoi w ścisłym stosunku do parcia tętna, regulowanego pracą serca i napięciem naczyń. Dzieląc parcie tętna przez najwyższe parcie, otrzymuje się pewną wartość, zwaną „iloczynem parcia krwi" (*Blutdruckquotient*), który, uwzględniwszy wysokość skurczowego parcia krwi, pozwala ocenić względną pracę serca, zachowanie się naczyń i zaopatrywanie tkanki w krew. W ten sposób można stwierdzić rozmaite stosunki w krążeniu, których dotychczasowemi metodami nie zdołano obserwować, chyba u zwierząt po otwarciu tętnic.

X. Deutsch (Frankfurt nad Menem): Nowy sposób badania tętna żylnego. Autor zdaje sprawę z równo-

czesnych badań zapomocą polygrafu Mackenziego i zwykłego sfigmografu: porównanie otrzymanych krzywych pozwala na ścisły rozbiór i dokładne oznaczenie tętna żylnego. Można więc odróżnić falę przeniesioną z tętnicy szyjnej, drugą falę przedskurczową uszkową i wreszcie trzecią spóźnioną skurczowo-komorową; z stosunku, zachodzącego między temi dwiema ostatniemi falami, można wnosić o stopniu zastoju w prawej komorze sercu w przypadkach niedomykalności zastawki trójdzielnej. Jeśli w takim przypadku brakuje fala uszkowa, wówczas ma to swoją przyczynę w porażeniu przedsionka, a ze względu na rokowanie jest objawem niepomyślnym. Przez równoczesne zdjęcie tętna żylnego, sprychowego i ruchów serca, można w odpowiednich przypadkach oznaczyć pojedynczo stosunek różnych części serca do niemiarowości tętna. W znacznej rozstrzeni prawej komory można zamiast uderzenia koniuszkowego zauważyć skurczowe zapadanie się, pochodzące z prawej komory — objawy, które łatwo z sobą można pomieszać.

Trzecie posiedzenie poświęcono w całości nader ożywionej dyskusyi, tyczącej się sprawy zwapnienia tętnic.

Kisch (Maryenbad) zwraca uwagę, że wcale nie należą do rzadkości powikłania ogólnej otyłości (lipomatosis universalis) z przedwczesną miażdżycą tętnic; czynnikiem etyologicznym bywa tutaj nieodpowiednie tuczenie; krwotok mózgowy jest zazwyczaj w takich przypadkach przyczyną nagłej śmierci. Na 18 przypadków zgonu między 20—47 rokiem życia stwierdził autor 13 razy miażdżycę wyższego stopnia, a 6 razy krwotok mózgowy. Nader zwolniona akcya serca i nieregularne i nierównoczasowe tętno bywały przepowiednią nagłego zejścia.

Klemperer (Berlin) stwierdził, że miażdżyca tętnic pojawia się bardzo często u lekarzy; w tym względzie przypisuje winę brakowi odpoczynku i ustawicznej pracy narządu krążenia; pierwszymi objawami mają być napady dreszczów bez widocznej przyczyny. Co się tyczy rokowania, nie należy uważać zwapnienia, pojawiającego się w młodszym wieku, za niebezpieczne. Z programu leczenia wykluczyć należy zupełnie tytoń i wyskok; wprowadzenie do ustroju przetworów wapna z mlekiem jest bez większego znaczenia. Dobre skutki można osiągnąć leczeniem zapobiegawczem.

Gumprecht (Weimar) przeprowadził podobnie, jak Romberg, z tymi samymi wynikami, pletysmograficzne badania na kończynach „arteriosklerotyków" nad wpływem zimna i ciepła na kurczenie się naczyń. Tylko w jednym przypadku bardzo wielkiego stwardnienia tętnic z parciem 170 mm. stwierdzono wielki wzrost, względnie nagły spadek wszystkich wartości po zastosowaniu ciepła, względnie zimna; przyrządem Riva-Rocci można było często wykazać podniesione parcie krwi. Również i ten autor zaleca w leczeniu jod w małych dawkach.

Criegern (Kiel) rozumie przez rozstrzeń układu naczyniowego następujący obraz chorobowy: tętno nitkowate, rozszerzenie tętnicy głównej piersiowej, napady tachykardyi względnie embryokardyi i uczucie tykania w końcach palców; objawy te spostrzegał autor w początkowych okresach zwapnienia tętnic i w przebiegu choroby Basedowa. Ze względu na leczenie zaleca sporysz.

Hirschfeld (Berlin) zwraca uwagę, że miażdżycowe zapalenie nerek w przebiegu gośćca jest częściowo następstwem działania kwasu moczowego, ale nie zagraża tak bardzo życiu, jak to powszechnie przyjmują.

Noorden (Frankfurt nad Menem). Parcie krwi przy zwapnieniu tętnic jest czasami dość znaczne i staje się przyczyną rozmaitych dolegliwości; najlepszym środkiem przeciw temu jest 5% wyskokowy roztwór nitrogliceryny; kołaczyki są mniej dobre, ponieważ ich skład chemiczny nie bardzo jest stały. Można dojść do 10—12 grm. dziennie bez obawy szkodliwych następstw. Noorden spostrzegał przy takiem leczeniu spadki parcia z 180—200 mm. na 100—120 mm. słupa rtęci, utrzymujące się 8—14 dni. Teoretycznego uzasadnienia przepisów dyetetycznych Rumpfa (dyeta uboga w wapno) nie uznaje autor w zupełności; przeprowadzenie zresztą tych zasad jest dla chorego nader uciążliwe.

Schott (Nauheim) zaznacza wczesne wystąpienie miażdżycy przy niedomykalności zastawek aorty; parcie krwi jest wzmożone w ciężkich zmianach, szczególnie w nerkach. Pod względem etyologicznym odgrywają pierwszorzędną rolę tytoń, młode wino i ciężkie piwo. Również i Schott zarzuca dyetę Rumpfa, sprowadzającą nierzadko ciężkie zaburzenia nerwowe. Dobra, mieszana dyeta, umiarkowany sposób życia, są najlepszem postępowaniem ogólno-leczniczem; nitrogliceryna tylko w 1% wyskokowym roztworze się zaleca, a racyonalnie stosowane CO_2-kąpiele nigdy szkodliwie nie działają.

Hofbauer (Wiedeń): Ściśle należy odróżnić napady dusznicowe, pojawiające się w przebiegu zwapnienia tętnic wieńcowych (*asthma cardiacum*), od trwałego „krótkiego tchu" sercowo chorych (*dyspnoë cardiaca*), w którym to przypadku działa jeszcze jakiś inny, bliżej nieznany czynnik.

Agéron (Hamburg) obwinia w etyologii miażdżycy objadanie się i próżnowanie bardziej, aniżeli wiek i nadmierną pracę umysłową. Również i u lekarzy nie występuje ona tak często, jak to Klemperer sądzi. Nieposlednią rolę odgrywa nadmierne żywienie się istotami białkowatemi, wyskok, choćby nawet w małych ilościach i brak ruchu. Lekkie jarzyny i owoce, pomimo zawartości wapna można zalecić dla korzystnego działania na wypróżnienie.

Krause (Wrocław) zwraca uwagę na ważność prześwietlania dla stwierdzenia złogów wapna w ścianach tętnic w przebiegu okresowego chromania (*dysbasia intermittens angiosclerotica*); w miażdżycy nerek, mózgu, tętnic wieńcowych nie udało mu się złogów wykazać.

Jaksch (Praga) nie przypisuje w etyologii miażdżycy tak wielkiego znaczenia ogólnej nerwowości, częściej bywa odwrotnie: ogólna nerwowość jest następstwem miażdżycy. W leczeniach należy zupełnie usunąć wyskok, palaczom można zostawić tytoń w miernej ilości, działanie CO_2-kąpieli nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśnione i dlatego nie można nic pewnego o tem powiedzieć. Przetwory jodu dobrze skutkują, szczególnie w połączeniu z dyetą ubogą w sól; ostrożność zaleca się jednak w podawaniu naparstnicy i większych dawek nitrogliceryny, pomimo że Noorden jest przeciwnego zdania.

Hochhaus (Kolonia): Tak zwane nerwowe przypadłości sercowe są bardzo często wyrazem rozpoczynającej się miażdżycy, nawet u osobników młodych; właśnie w takich przypadkach można stwierdzić wzmożone parcie krwi, jako pierwszy objaw. Przetwory bromu żadnego nie wywierają wpływu, natomiast po jodzie i naparstnicy można się spodziewać pomyślnego wyniku.

Gerhardt (Erlanga) zgadza się w zasadzie z zapatrywaniami Recklinghausena, Masinga i Strassburgera.

Dehio (Dorpat) przypisuje w etyologii okresowego chromania pewną rolę przeziębieniu, tem bardziej, że Zöge-Manteuffel i Schindleins zdołali wywołać u psów miejscowe zwapnienie tętnic przez dłuższe stosowanie zimna.

Smith (Poczdam) zaleca upusty krwi i prąd elektryczny (franklinizacya) w pewnych przypadkach miażdżycy.

Sauerbeck (Bazylea): Związek między miażdżycą tętnic a chorobami trzustki nie jest jeszcze dotychczas dostatecznie wyjaśniony; można się jednak zgodzić z zapatrywaniami Hoppe-Seylera. Podwiązanie przewodu trzustkowego u królików wywoływało po 5 tygodniach cukrzycę z 5% zawartością cukru w moczu; wystąpienie cukrzycy zależy od zaniku pewnych części trzustki.

A. Fränkel (Berlin) przypomina wpływ, jaki wywierają choroby zakaźne na rozwój zwapnienia tętnic; wielki nacisk kładzie na działanie jadów; także zakrzepy żylne i tętnicze, pojawiające się nierzadko w przebiegu chorób zakaźnych, uważa autor jako następstwo toksycznych zmian

ścian naczyniowych, wreszcie napomyka, że u dzieci jeszcze nie zdarzyło mu się widzieć miażdżycy. Obok okresowego chromania Erba stawia Fränkel *dysphagia angiosclerotica*, która odznacza się bębnicą, znacznemi boleściami w jamie brzusznej, zawrotami i kałem o przenikliwej woni. Przeciwko dychawicy sercowej zaleca autor naparstnicę z morfiną; w dusznicy bolesnej należy być bardzo ostrożnym z przetworami naparstnicy, szczególniej zaś z CO_2-kąpielami.

Sattler (Lipsk) omawia częste umiejscowienie miażdżycy w naczyniach siatkówki; poczynającego się tamże cierpienia nie można na pewno oznaczyć, pomimo że wężykowaty przebieg i wązkość naczyń za temby przemawiały. W ciężkich przypadkach napotyka się wynaczynienie lub zatory tętnicy środkowej siatkówki.

Marchand (Lipsk) stwierdza w swem końcowem przemówieniu, że nazwy „zużycie“ lub „objawy zużycia“ należy jedynie przyjąć dla miażdżycy starczej; u osobników młodszych pojawiają się nieznaczne zmiany, wskazujące na zwyrodnienie ścian tętnicy głównej; okoliczności tej nie można winić za stosunki, zachodzące w naczyniach obwodowych. Wyniki tych nader zajmujących doświadczeń Erba młodszego nie należy porównywać z ludzką miażdżycą, w szczególności nigdy nie można stwierdzić u człowieka tak znacznych zmian w elastycznej tkance warstwy środkowej. Wyniki, otrzymane przez francuskich badaczy zapomocą zakażenia drobnoustrojami, zgadzają się w zasadzie z wynikami, otrzymanymi przez Erba.

Romberg (Marburg) bezwarunkowo zaleca, wbrew zapatrywaniom Jakscha, ostrożne podawanie naparstnicy w przypadkach miażdżycowej niedomogi serca.

XI. Brauer (Heidelberg). Spostrzeżenia nad sercem. Badania, tyczące się „rozkurczowego trzepotania klatki piersiowej“ (*diastolisches Vorschleudern der Brustwand*), były przeprowadzone na przypadkach *mediastino-pericarditis*, operowanych według zasad t. z. *cardiolysis*. Autor nie zgadza się z zapatrywaniem Friedreicha, uwzględniającego za mało występujący w takich razach rozkurcz, po usunięciu bowiem żeber również słychać ton: bezkostny płat skóry, pokrywający serce, wcale nie zadrga natychmiast po zamknięciu się zastawek, lecz cokolwiek później. U jednego n. p. chorego tak silnie wypuklał się wzmiankowany płatek skóry, że podnosił obciążenie, wynoszące 300 grm. Dalej Brauer wyjaśnia, że ton dodatkowy, odnoszony przez Friedreicha do wypuklania się kostnej ściany klatki piersiowej, nie odpowiada rzeczywistości, ponieważ nie jest ani tonem przedsionka, ani rozszczepionym drugim tonem. Jego przyczyna natomiast leży w pierwszym okresie rozkurczu, podczas którego występuje także ssące działanie komory sercowej. Typową postać podobnego trzepotania klatki piersiowej widział autor w jednym przypadku kurczącej się nerki, w okresie poczynającego się niewyrównania łącznie z rytmem galopującym.

XII. Deutsch (Frankfurt nad Menem): Nowa metoda oznaczania tętna żylnego. Zapomocą polygrafu Mackenziego można graficznie przedstawić tętno żylne, wątrobowe, uderzenie koniuszkowe serca równocześnie z tętnem sprychowem. Na krzywej, otrzymanej z żyły szyjnej, stwierdza się najpierw przedskurczową falę, pochodzącą z uszka sercowego, następnie falę, odpowiadającą tętnicy szyjnej, wreszcie trzecią spóźnioną falę skurczowo-komorową. Stosunek, zachodzący między falą uszkową a komorową, jest wyrazem zastoiny w prawem sercu i niedomykalności zastawki trójdzielnej, nadto wynikiem skurczu prawej komory i tegoż przedsionka. Czyste komorowe (jednofalowe żylne) tętno oznacza, że nadmiernie rozdęty przedsionek nie kurczy się więcej, ze względu na rokowanie bardzo to niepomyślny objaw. Kreśląc graficznie oprócz tętna sprychowego i żylnego lub wątrobowego, także i koniuszkowe uderzenia serca, lub tętnienie dołka podsercowego, można czasami stwierdzić sposób, w jaki uczestniczą obydwie połowy serca w istniejącej w danym przypadku niemiarowości. (Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie im. Edwarda Korczyńskiego.

XXVIII. Ogólne Zgromadzenie członków Wydawnictwa odbyło się dnia 18 lipca 1904 r. Pierwsze posiedzenie o godz. 6-tej wieczorem nie odbyło się z powodu braku kompletu. Drugie posiedzenie o godz. 7-mej wieczorem. Obecnych członków 12-tu.

Profesor Jaworski, przewodniczący w zastępstwie profesora E. Korczyńskiego, podaje powody nieobecności prezesa Towarzystwa. Następnie wspomina o śmierci trzech członków Towarzystwa: Prof. Trzebickyego, Drów Janiszewskiego i Piaseckiego. Pamięć ich obecni uczcili przez powstanie.

Dzięki staraniom Prof. Dra E. Korczyńskiego uzyskano rękopis «Otyatryi» Dra Spiry, oraz «Nowych leków» Dra Szurka. Dzieła te będą rozesłane członkom prenumeratorom, jako bezpłatne premium za r. 1903 i 1904. Z końcem r. 1902 majątek Towarzystwa wynosił 10.964 kor. 45 h.

Dochody Towarzystwa w r. 1903 wynosiły: wkładki członków: 153·52; sprzedane książki: 821 k. 99 h.; wylosowane obligacye oraz narosłe odsetki od walorów i książeczek wkładkowych: 2.520 kor. 48 h. Razem: 3,495 kor. 99 h.

Wydatki wynosiły: koszta administracyi: 316 k. 40 h. Zakupno listu kredyt. ziemskiego 1985 k. 07 h., wkładka na książeczkę Kasy Oszczędności m. Krakowa 200 kor. Razem 2501 kor. 97 h.

Czyli czysty dochód stanowi kwota 994 kor. 02 hal.

Wobec tego majątek Towarzystwa wynosił z końcem roku 1903 kwotę 11,958 kor. 47 h.

Stan funduszów, jak niemniej stan dzieł nierozsprzedanych i zaległych wkładek przejrzała szczegółowo Komisya kontrolująca (Dr. M. Buzdygan i Dr. J. Różecki) i znalazła wszystkie rachunki w należytym porządku; to też na podstawie sprawozdania tej Komisyi udzielono zarządowi absolutoryum za r. 1903.

Liczba członków Towarzystwa wynosi 334, a mianowicie: honorowych 4, czynnych 77, prenumeratorów 253.

Dr. Erwin Międzowicz, Sekr. i administrator wydawnictwa.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 4 sierpnia.

* Redaktor główny „Przeglądu“ Dr. Kwaśnicki, wyjechał na kilkotygodniowy wypoczynek. Zastępować go będzie w redakcyi Prof. Dr. Ciechanowski (Wielopole 4).

* Rząd pruski ofiarował prof. Eiselsbergowi 32,000 M. płacy rocznej i gwarantował 25,000 M. czesnego: wspaniała ta materyalnie propozycya nie wpłynęła na postanowienie Eiselsberga, który ją „z powodów rodzinnych“ odrzucił — i pozostaje w Wiedniu. Wiadomość tę podają dzienniki polityczne.

* »Towarzystwo budowy zakładów dla leczenia tocznia« zakupiło w Wiedniu dom, który celowo przebuduje i przystosuje do leczniczych zadań i wymagań nowoczesnej terapii tocznia.

* »Wraczebnyj Wiestnik« (Nr. 27) zamieszcza następującą notatkę: »Znany badacz, Dr. Napoleon Cybulski, profesor fizyologii w Uniwersytecie Jagiel., powołany został przaz wszystkie wydziały na zaszczytne stanowisko rektora tej Wszechnicy. Dla nas, Rossyan, wybór ten nie może przejść niepostrzeżenie, jeżeli uwzględnimy, że prof. Cybulski całe swoje lekarskie wykształcenie otrzymał w naszej Wojskowo-lekarskiej Akademii, a po skończeniu nauk pozostawiony był przy niej dla dalszego doskonalenia się i jednocześnie pełnił obowiązki prosektora przy katedrze fizyologii za czasów profesorstwa księcia Tarchanowa. Już w tym czasie pracami swojemi, a w szczególności rozprawą o oznaczaniu bystrości prądu krwi, co doprowadziło do urządzenia „fotohemotachometru“ własnego pomysłu, przyswojonego następnie przez wszystkie europejskie podręczniki fizyologii, Cybulski zwrócił na siebie osobliwą uwagę świata uczonego, czego dalszem następstwem było ofiarowanie mu katedry fizyologii w Uniwersytecie Jagiel. W owe czasy był to pierwszy przypadek powołania na katedrę europejskiego uniwersytetu młodego uczonego, który przeszedł nauki tylko w rosyjskiej szkole. W dalszem swem życiu i działaniu prof. Cybulski dokonał szeregu badań fizyologicznych, utrwalających nabytą sławę wybitnego fizyologa, wytworzył szkołę młodych badaczy, z których niektórzy zajmują już katedry uniwersy-

teckie, a swoim kolegialnym stosunkiem do życia uniwersyteckiego zjednał sobie powszechną miłość i cześć, czego wybitnym dowodem jest właśnie wybór na rektora Uniwersytetu Jagiel. My, rosyjscy jego przyjaciele i czciciele, szlemy mu zdala pozdrowienie i najgorętsze życzenia, by w nowej zaszczytnej roli rektora zjednał sobie powszechną sympatyę i wysokie uznanie tyle drogiej dla siebie Wszechnicy«.

* Między 12 a 18 lipca doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gm.), buczackim (1 gm.), dobromilskim (1 gm.), horodeńskim (1 gm.), jaworowskim (1 gm.), lwowskim (2 gm.), nadwórniańskim (1 gm.), przeworskim (1 gm.), rawskim (3 gm.), rzeszowskim (1 gm.), tarnopolskim (1 gm.), zaleszczyckim (1 gm.), złoczowskim (1 gm.), żydaczowskim (1 gm.).

Nekrologia. Zmarli: Dr. Heisrath, profesor nadzwyczajny okulistyki — w Królewcu. Dr. Antoni Czechow, utalentowany i powszechnie znany powieściopisarz rosyjski, zmarł w Szwajcaryi w 44 r. życia. Dr. Jowan Zmaj, największy poeta serbski, zmarł w Kamienicy (Austrya), licząc lat 70. Dr. Albert Zauderer, dyrektor szpitala powszechnego w Brzeżanach i burmistrz miasta, zakończył życie w Brzeżanach, licząc lat 57.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 30. Wróblewski; Przyczynek do nauki o nowotworach złośliwych migdałków podniebiennych. Mięsowicz: Przypadek choroby Basedowa z zanikami mięśni i niedomogą wydzielniczą żołądka (dok.). Gębarski: Kilka uwag dotyczących odmy piersiowej (dok.).

— *Odczyty kliniczne* Nr. 185 zawierają: Wegschneidera: Sztuczny poród przedwczesny w praktyce. (Tłómaczył z niemieckiego Dr. Bartkiewicz).

— *Medycyna* Nr. 30. Moraczewski: O zawartości siarki w produktach trawienia sernika (dok.). Borzymowski: Trzy przypadki zeszycia ran serca i teorya zeszywania ran serca na spostrzeżeniach własnych oparta (dok.).

— *Głos lekarzy* Nr. 15 zawiera: Położenie materyalne lekarzy praktyków w miastach. — Protest Izb lekarskich przeciw § 43 *e*) ordynacyi dla lekarzy. — Taryfa lekarska. — Nad mogiłą. — Memoryał lekarzy Polaków w Wielkopolsce wystosowany do Izby lekarskiej prowincyi poznańskiej.

— *Lékařské rozhledy* Z. 7. Novák: Ileus strangulační u devčete pětiletého, zhojeny resekcí střevní Chaloupecký: Incise stuhlé branky a sledující forceps.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 30. Matys: Conjunctivitis zvaná Perinaud'ova. Lhoták: O látkách skupiny digitalinové. Michal: Několik případů z chirurgie lebky.

— *La Presse médicale* Nr. 58. Auvray: Działalność chirurgiczna w zgorzeli płuc: technika operacyjna, wyniki, wskazania. Chavigny: Sekcya rdzenia pacierzowego: umyślne narzędzia.

— Nr. 59. Azoulay: Włókienka nerwowe podług metody i prac Remón y Cayala. Martinet: Wybór kwasu w terapii żołądka.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 30: Lassar: Dalsze próby szczepienia zakażonych kiłą szympansów. Mann: O jednym przypadku cukrzycy przemijającej. Detre i Sellei: Hemolityczne działanie sublimatu. Keibel: Dwa przypadki gruczolaka torbielowatego sutka. Aron: Znaczenie gazów kiszkowych dla ciała zwierzęcego w powietrzu zgęszczonem i rozrzedzonem (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 30. Wagner v. Jauregg: Leczenie endemicznego matołectwa istotą gruczołu tarczykowego. Vas: Stosunek cukrzycy do białkomoczu, zwłaszcza w schorzeniu nerek. Bail: Spotęgowana wrażliwość u zwierząt gruźliczych. Schumacher: Następowy zrost palców z paluchem.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 30. Bäumler: Wpływ nieprawidłowości kośćca klatki piersiowej na odgłos wypukowy płuca i na położenie serca. Rössle: Rola przekrwienia i wieku na powstawanie nowotworów. Doberauer: Leczenie ciężkich powikłanych złamań zapomocą otwarcia rany i czasowego odsłonięcia odłamków. Fink: Skutki jednorazowego leczenia kamicy żółciowej w Karlsbadzie. Werthe i Schumacher: Oznaczanie zawartości hemoglobiny zapomocą skali Tallquista. Selter: Woń stolca osesków. Elkan: Działanie maretyny, nowego leku przeciwgorączkowego, na gorączkę suchotników. Mayer: Leczenie wyprysku nowymi i najnowszymi środkami, wypróbowanymi na własnej osobie. Bamberger: Higiena palenia. Gassmann: Ciężkie zapalenie nerek po wtarciu balzamu peruwiańskiego z powodu świerzbu. Köhl: Przypadek śmiertelnego zatrucia odwarem makówek. Habermann: Osobliwy przypadek całkowitego przełożenia trzew. Vogel, Eversmann i Hegar: Czy należy zeszywać każde świeże pęknięcie międzykrocza?

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 31. Aschaffenburg: Zmniejszona zdolność prawnej odpowiedzialności. Passow: Anatomiczne badanie nad powstawaniem złamań przewodu usznego z przedstawieniem chorego. Apolant: Rozwój wsteczny raka myszy pod wpływem promieni radu. Kromayer: Leczenie łysiny plackowatej bezpośredniem opromienianiem zimnem światłem żelaza. Spengler: Nowe uodporniające postępowanie lecznicze przeciw suchotom zapomocą tuberkuliny perliczej. Rosenstein: Kliniczne doświadczenia z dekapsulacyą nerek w chorobie Brighta. Treitel: Zaburzenia słuchu w zakresie muzyki i mowy. Gravitz: Nowe doświadczenia z zakresu leczenia niedokrewności złośliwej (dok.).

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa“.

W tygodniu 30 (od 24/VII do 30/VII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 35, dz. 22; nieżywo: chł. 3, dz. 3. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 20, kob. 17; zamiejscowych: męż. 9, kob. 11.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 3, obcych —. 2) gruźlica: miej. 10, ob. 6. 3) zapalenie płuc: miej. 3, ob. 3. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miejsc. — ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. 2. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. 1. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 8, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —, 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 3, ob. —. 21) nowotwory: miej. 2 ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 7, ob. 4. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. — 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. 1. **Razem** miej. 37, obcych 20.

Za redaktora odpowiedzialnego: **Prof. Dr. Stan. Ciechanowski.**

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone)

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).

Dr. **Jekels,** właściciel i kierownik Zakładu.

Iwonicz.

Dr. **Damański Emanuel.**
Dr. **Gabryszewski,** docent chir. Uniw. lwows., lek. zakł.
Dr. **Stauber.**

Jastrzemb-Koenigsdorf (Śląsk górny).

Dr. **Witczak,** kierownik i właściciel Zakładu.

Jaworze (Ernsdorf, Śląsk austr.).

Dr. **Zanietowski Józef,** jun., lekarz zakł.

Kosów

lecznica fizykalno-dyetetyczna, otwarta od Maja do końca Października.

Dr. **Tarnawski,** kierownik i właściciel.

Krynica.

Dr. **Cercha Maksymilian.**
Dr. **Dębicki Klemens,** („pod Jeleniem").
Dr. **Ebers,** radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Kmietowicz.**
Dr. **Kopff Leon,** lekarz c. k. Zakładu zdrojowego.
Dr. **Lewicki Stanisław,** asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr. **Lorentski.**
Dr. **Wąsowicz Z.,** („pod Orłem").

Maryówka pod Lwowem.

Dr. **Zakrzewski,** kierownik i właściciel Zakładu.

Ojców.

Dr. **Niedzielski St.,** dyrektor zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Daniłowski Br.,** asystent dyrektora.

Rabka.

Dr. **Lang,** lekarz okr.
Dr. **Supiński Edmund,** lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr. **Dukiet.**
Dr. **Regiec J.**
Dr. **Wajgel Eugeniusz,** lekarz zakładowy.

Swoszowice.

Dr. **Cholewicz Franciszek.**

Szczawnica.

Dr. **Gorski Ksawery,** lekarz zakł., kierownik Zakładu wodoleczniczego górnego.
Dr. **Hammerschlag Rudolf,** (dom „pod Attyla").
Dr. **Kołączkowski J.,** kierownik Zakładu wodoleczniczego i pensyonatu.
Dr. **Żuliński Edward,** (Willa „Alma"), (zimą w Meranie)

Truskawiec.

Dr **Krzyżanowski E.,** radca ces., lekarz zakł.
Dr. **Pelczar Z.**
Dr. **Praschil Tad.,** b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł

Zakopane.

Dr. **Majewicz Edmund,** Przecznica.

Żegiestów.

Dr. **Piotrowski Tymoteusz,** lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.

Dr. **Kümmerling,** (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr. **Feuerstein Leon,** („Hotel Continental").

Cieplice trenczyńskie.

Dr. **Filipkiewicz Stefan,** lekarz zakł.
Dr. **Wobr,** lekarz zakł. (zimą Lussinpiccolo).

Franzensbad.

Dr. **Steinsberg,** („Goldener Brunnen").
Dr. **Zeitner Józef,** (dom „Stadt Paris").

Gleichenberg.

Dr. **Bulikowski St.,** (Villa „Höffinger" IV).

Wyspa Grado obok Tryestu.

(Kąpiele morskie i piaskowe.)

Dr. **Oransz M.,** (Polak), (zimą w Wiedniu).

Karlsbad.

Dr. **Biernacki E.,** docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza").
Dr. **Kaufmann Oskar,** (Sprudelstrasse, „Pascha").
Dr. **Kołaczkowski,** („Stadt Athen").
Dr. **Kostecki,** (zimą w Abbazyi).
Dr. **Kretowicz,** (Kaiserstrasse, „Stadt Warschau").
Dr. **Kropf Leon,** (Theatergasse, „Minerva").
Dr. **Maleszewski Wł.,** (Alte Wiese, „Drei Staffeln").

Kissingen.

Dr. **Chłapowski Franciszek,** radca sanitarny.
Dr. **Maciejewski J.,** (Villa „Elsa").

Kołobrzeg.

Dr. **Weissenberg Józef,** (zimą *Nervi*).

Marienbad.

Dr. **Dobija Fr.,** (Kaiserstrasse, „Weisser Schwan").
Dr. **Harajewicz Wład.,** (Villa „Wahnfried").
Dr. **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg").
Dr. **Schermant J.,** (Villa „Apollo").

Meran. (Sezon 1/IX—31/V.)

Dr. **Binder,** kier. i właściciel sanatoryum „Stefania".

Nauheim.

Dr. **Jankowski Fr.**